

THESIS

MARBURG

Aus der Universitäts-Nervenklinik Marburg an der Lahn

Direktor: Prof. Dr. H. Jacob

1967

**Ein Beitrag zur Frage
der Klassifizierung endogen-depressiver
Zustandsbilder leichteren Grades
mit hysterischer Symptomatik**

Inaugural-Dissertation
zur Erlangung des Doktorgrades der gesamten Medizin
der hohen Medizinischen Fakultät
der Philipps-Universität Marburg

vorgelegt von

Ingrid Eisenmann, geb. Müller
aus Mülheim a. d. Ruhr

Marburg 1967

Fotodruck von Erich Mauersberger in Marburg

Aus der Universitäts-Nervenklinik Marburg an der Lahn

Direktor: Prof. Dr. H. Jacob

**Ein Beitrag zur Frage
der Klassifizierung endogen-depressiver
Zustandsbilder leichteren Grades
mit hysterischer Symptomatik**

Inaugural-Dissertation
zur Erlangung des Doktorgrades der gesamten Medizin
der hohen Medizinischen Fakultät
der Philipps-Universität Marburg

vorgelegt von

Ingrid Eisenmann, geb. Müller
aus Mülheim a. d. Ruhr

Marburg 1967

Fotodruck von Erich Mauersberger in Marburg

Angenommen von der Medizinischen Fakultät
der Universität Marburg am: 27.6.1967
gedruckt mit Genehmigung der Fakultät

Dekan: Prof.Dr.med. et Dr.med.dent.habil. H. Heuser
Referent: Prof.Dr.med. U. Spiegelberg
Correferent: Prof.Dr.med. H. Stutte

Inhalt

1. Einführung in die Problemstellung
2. Stand des Problems:
Definitiorische Klärungen sowie grundsätzliche
Erörterungen zum methodischen Vorgehen in der
vorliegenden Untersuchung
3. Darstellung der verwendeten Verfahren
4. Falldarstellungen der Gruppe A
Falldarstellungen der Gruppe B
5. Auswertung des kasuistischen Materials in bezug
auf unsere Fragestellung
6. Zusammenfassung
7. Literaturverzeichnis



Digitized by the Internet Archive
in 2026

1. Einführung in die Problemstellung

Die Vielfalt psychiatrischer Symptome hat zu immer neuen Versuchen geführt, die klassischen Einteilungen zu erweitern, Untergruppen zu finden, Misch- bzw. Zwischenformen zu erstellen.

So bemerkt WEITBRECHT bezüglich der endogenen Psychosen, daß es zahlreiche Krankheitsbilder gebe, die sich nur mit Zwang in die klassischen Gruppen "Manisch-depressives Irresein" oder "Schizophrenie" einordnen lassen (55, S. 390). Es wird von "atypischen Psychosen" oder "Mischpsychosen" gesprochen, welche teils auf eine Gemischung zirkulärer und schizophrener Anlagen zurückgeführt, teils als eine Gruppe selbständiger Psychosen angesehen werden. Einige Beispiele hierzu sind: SCHRÖDERS Degenerationspsychosen, die "Schizomanie" der französischen Psychiatrie, KLEISTs "Randpsychosen", LEONHARDs "Cycloide Psychosen", LANGFELDTs "Schizophreniforme Psychosen" etc. (55 und 38).

Auch endogene und exogene Psychosen werden nicht immer scharf voneinander getrennt. Zwischen die "körperlich begründbaren" und die "endogenen Psychosen" stellt WEITBRECHT die Gruppe der "depressiven und paranoiden-Rückbildungs- oder Involutionspsychosen" (55, S.3). Wieder andere Autoren verweisen auf die Schwierigkeit der kategorialen Trennung endogen psychotischer und neurotischer Syndrome.

SPIEGELBERG betont die "Komplexität und klinische Vielschichtigkeit ganz alltäglicher klinischer Fälle" (49, S.6) und führt dazu aus: "Die Durchsicht unausgewählter endogen-psychotischer Krankheitszustände zeigt

eine bunte Vielfalt und eine nicht geringe Häufigkeit psychogener Mechanismen ..." (46, S.5). WEITBRECHT stellt ähnliche Betrachtungen an: "So kann es beispielsweise auch vorkommen, daß die seelische Reaktion des kranken Menschen auf eine echte psychotische depressive Verstimmung oder Hemmung im Vordergrund steht und daß das grundlegende Krankheitsgeschehen "psychogen überlagert" wird" (55, S.270). "... sehr oft schafft die endogene Bewegtheit oder das endogene Hineingleiten in eine Umstrukturierung der konstitutionellen Grundlagen die Voraussetzung für neurotisches Entgleisen" (55, S.295).

BINDER deutet darauf hin, daß hysterische Einstellungen sich auf dem seelischen Boden einer psychotischen Grundlage entwickeln könnten (3). Analog äußert sich SPIEGELBERG: "Finden wir doch bei endogenen Psychosen hysterische Mechanismen ..." (49, S.3).

BLEULER beobachtete bei der Melancholie hysteriforme Syndrome (6, S.415).

SCHULTE vermerkt, daß bei weniger schweren melancholischen Phasen heterogene Züge in Form von neurotischen hysterischen Symptomen eingemischt sein können (45).

SPIEGELBERG wendet sein besonderes Interesse dem zuletzt erörterten Grenzbereich zwischen Neurosen und Psychosen zu (48, S.7), speziell dem zwischen endogener Depression und neurotischer Syndromatik.

Gehäufte Beobachtungen, die sich auf das gleichzeitige Vorkommen leichter endogen-depressiver Zustandsbilder und hysterischer Mechanismen beziehen, und die Erfahrungen bei der Behandlung derartig Erkrankter, ließen SPIEGELBERG die Frage aufwerfen, ob es sich hier möglicherweise um eine eigenständige Kategorie handle, die nicht einfach als eine zufällige Variante des Krankheitsbildes der endo-

genen Depression betrachtet werden darf, sondern eine Klasse sui generis darstellt.

Zur Klärung dieses Problems einen gesicherten empirischen Beitrag zu leisten, ist die Aufgabe der vorliegenden Arbeit.

2. Stand des Problems:

Definitiorische Klärungen sowie grundsätzliche Erörterungen zum methodischen Vorgehen in der vorliegenden Untersuchung

Unser Thema befaßt sich mit den Erscheinungsweisen der "endogenen Depression" und der "Hysterie". Es ist erforderlich, auf die betreffenden Begriffe näher einzugehen. Wir haben es - jedenfalls der vorherrschenden Ansicht nach - mit psychiatrischen Phänomenen ohne organische Grundlage zu tun. Die systematische Bearbeitung dieses Gebietes ist sehr jungen Datums; daher sind noch viele Probleme offen und zahlreiche Fragen im Flusse.

Die ersten Systematiker der Psychiatrie waren um die Jahrhundertwende K.C. KAHLBAUM, E. KRAEPELIN, E. BLEULER. Zwar kannte man schon im Altertum traurige Verstimmungen und heitere Erregungen nicht reaktiver Art - bereits Caelius Aurelianus unterschied zwischen Melancholie und Manie (4, S.16) - doch wurden diese Bezeichnungen auf eine Fülle gänzlich heterogener exogen und endogen psychotischer sowie psychogener Störungen angewendet (53). Galen leitete die Melancholie aus dünnen galligen Säften ab; die Hippokratiker führten allgemein die Seelenstörungen auf Fehler der "Kardinalsäfte" zurück (4).

Im Mittelalter beeinflusste der Dämonen- und Hexenglaube entscheidend die psychiatrische Anschauungsweise. Felix Plater machte im 16. Jahrhundert den ersten Vorstoß auf eine empirisch aufgebaute Psychiatrie: er beschrieb sachlich klinische Bilder und versuchte die Krankheiten "ihrer Natur nach" zu klassifizieren (4, S.19).

Die Gesamteinstellung der Psychiatrie blieb jedoch bis zur Mitte des 19. Jahrhunderts eine vorwiegend spekulative. Psychologistische, metaphysische, ethische und religiöse Ansichten verdunkelten die wenigen empirischen Befunde. Klassifikationen gingen nicht von klinischen Beobachtungen,

sondern begrifflichen Konstruktionen aus. So bringt das erste deutsche psychiatrische Lehrbuch von Alexander Haindorf 1811 die Unterscheidung zwischen "Geisteskrankheiten, welche sich auf die freischauende Tätigkeit, die ideelle Richtung der Seele erstrecken und Gemütskrankheiten, die auf das unfreie Leben, die reelle Richtung der Seele Bezug haben" (4, S.24).

Auch die sogenannte somatologische Anschauungsrichtung gab sich nicht weniger spekulativ. Als ursächliche körperliche Bedingung für Geisteskrankheiten wurde etwa ein "im Gehirn ausgeschiedenes "Nervenfluidum" verantwortlich gemacht, oder die cerebrale Blutverteilung, wobei aus dem Vorherrschen des Venenblutes die Melancholie resultieren sollte.

Einen entscheidenden Fortschritt vollzog W. GRIESINGER, dessen Lehrbuch 1845 den Beginn klinisch-empirischer Forschung und anatomisch-neurologischer Orientierung aufzeigt (4).

A.ZELLER vertrat zum ersten Mal das Konzept der Einheitspsychose, welches GRIESINGER aufgriff und das bis heute eine Rolle spielt. ZELLER sprach die psychotischen Grundformen Melancholie, Manie, Verrücktheit und Blödsinn als Zustandsbilder eines Krankheitsprozesses an (1, 36).

In der Folgezeit wurde das Schwergewicht mehr auf die Herausarbeitung bestimmter abgrenzbarer Krankheitsformen gelegt. So beschrieben FALRET (1851) und BAILLARGER (1859) die "Folie circulaire" erstmalig als selbständiges Krankheitsbild (4, S.43).

KAHLBAUM's Bemühungen gingen um eine umfassende klinische Systematik. Er forderte für die Gruppierung psychischer Krankheiten die Kriterien gleicher Erscheinungen, Verläufe, Ausgänge und Ursachen (53).

KRAEPELIN, auf KAHLBAUM fußend, erstellte dann die ersten Grundkategorien der Psychiatrie, insbesondere die Aufteilung der endogenen Psychosen in das manisch-depressive Irresein und die Dementia praecox, auf der E. BLEULER später seine differenziertere Schizophrenielehre aufbaute. GUILFORD (24, S. 462) ist der Ansicht, daß sich die KRAEPELIN'schen Grundkategorien im Wesentlichen bis heute unverändert erhalten hatten.

Wenden wir uns nach diesem kurzen historischen Abriß der Abgrenzung endogener Psychosen von anderen psychopathologischen Veränderungen zu. Stellvertretend sei hier die Darstellung WEITBRECHTS wiedergegeben: Depressive und manische Psychosen sowie Schizophrenien werden als endogene Psychosen zusammengefaßt. Man grenzt sie von exogenen Psychosen wie von abnormen Erlebnisreaktionen und Persönlichkeitsentwicklungen (Neurosen) ab. Für den Beobachter ist: "... ein Sinnverstehen des Daseins einer endogenen Psychose hic et nunc aus der Interpretation der Lebensgeschichte eines Menschen im Gegensatz zu den Verhältnissen bei abnormen Erlebnisreaktionen nicht möglich" (54, S.76). "Von den abnormen Erlebnisreaktionen und Persönlichkeitsentwicklungen unterscheiden sich die endogenen Psychosen dadurch ganz grundlegend, daß man sie nicht wie Neurosen aus unbewältigten inneren oder äußeren Konfliktspannungen verstehend ableiten kann" (55, S. 286). WEITBRECHT teilt mit der Mehrzahl europäischer Experten den Standpunkt der Endogenese bestimmter Psychosen; d.h., es handelt sich um solche Störungen, die wesentlich durch Anlage und erbliche Belastung bedingt sind und bisher nicht auf eine körperliche Grundkrankheit zurückgeführt werden können (12, S.7). Nach BLEULER leitet sich der Begriff des "Endogenen" von der Annahme ab, daß die Seele unabhängig vom Körper und von Umwelteinflüssen "von innen heraus" erkrankt (6, S. 354).

WEITBRECHT zweifelt nicht daran, "daß es bei der Mehrzahl der endogenen Psychosen in der Tat so ist, wie die klassische Psychiatrie dies gesehen hat, daß nämlich der endogene Faktor so stark ist, daß die depressive oder manische Phase oder der schizophrene Schub ausbruchsfähig sind, wenn ihre Zeit gekommen ist, und daß es auch schon weitgehend in dem biologischen Kräftespiel Krankheitsprozess-Organismus beschlossen liegt, welchen Verlauf die Krankheit nehmen wird" (55, S.183). "Die endogenen Psychosen unterbrechen die Sinnkontinuität des Lebens ...". Ihr Auftreten geschieht "aus psychologisch nicht erhellbaren und somatologisch noch nicht faßbaren biologischen Tiefen heraus..." (55, S.289). Es handle sich nicht um ein psychotherapeutisch korrigierbares Arrangement, sondern um eine Krankheit mit weitgehender Stabilität gegenüber Umwelteinflüssen. Nur der werde betroffen, welcher mit einer entsprechenden Anlage ausgestattet sei (4, S.75). Auch FRANKL findet endogen psychotische Prozesse im wesentlichen unabhängig von äußeren Einflüssen; psychische Anlässe können bestenfalls eine auslösende, nicht aber eine verursachende Rolle spielen (16, S.11). Ebenfalls hebt HIRSCHMANN die Umweltstabilität endogener Psychosen hervor (26). EWALD sieht die Grundlage der manisch-depressiven Psychose in einer endogen gegebenen Labilität der biotonischen Regulationsmechanismen (13). Obwohl der Begriff der Endogenie die fehlende körperliche Grundkrankheit mitumschließt, vertritt WEITBRECHT - wie viele andere - die These von der somatischen Ätiologie endogener Psychosen. Er weist jedoch darauf hin, daß bis heute weder Histopathologie noch Pathophysiologie in der Lage sind, diese Hypothese zu unterbauen (54, S.74).

Im Folgenden soll die Symptomatik der endogenen Depression ins Blickfeld gerückt werden. Diese Psychose wird als "Gemütsleiden" (34), "Temperamentsstörung" (13), "Affekt-psychose" (6) bezeichnet. Im Vordergrund der Krankheit

stehen nach BLEULER "Stimmungsverschiebungen" (6, S.408). Eine volle restitutio ad integrum wird zwar nicht immer zugestanden (55, S.13), doch ist man allgemein der Ansicht, daß es nicht zu einem "Knick der Persönlichkeit" kommt.

JACOB weist darauf hin, wie schwierig die Erfassung der Syndromatik ist: "Bekanntlich bestätigt die klinische Erfahrung nicht selten, wie unbeständig und labil psychopathologische Einzelsymptome innerhalb endogen phasischer Syndrome miteinander verbunden sind" (31, S.191). In ähnlicher Richtung äußert WEITBRECHT: "Wer sich mit der Klinik affektiver Seelenstörungen eingehender beschäftigt, wird mit Betroffenheit gewahr, wie sehr wir auch in unserem Wissen über eine so gesichert scheinende Krankheit, wie das manisch-depressive Irresein es ist, an wesentlichen Punkten in den Anfängen stehen" (53).

Halten wir uns jedoch an die zentralen Grundsymptome, so stimmen die meisten psychiatrischen Darstellungen im wesentlichen überein.

WEITBRECHT stellt folgende Leitsymptome der depressiven Psychose heraus: vitale Traurigkeit, psychomotorische Störungen im Sinne der Gehemmtheit, Wahngebilde im Sinne des Sichschuldigfühlers, der Hypochondrie und der Verarmung (57). Im einzelnen werden beschrieben: kreatürliches, unerträgliches Gedrücktsein, hoffnungslose Freudlosigkeit, Interesselosigkeit, innere Versteinerung, grundloses Weinen, Entschlußlosigkeit, Langsamkeit der Bewegungen, Beeinträchtigung der Vitalgefühle, Druck in Herz-, Kopf- und Mägegegend, Unregelmäßigkeit der Menses, Obstipation, Schlaf- und Appetitlosigkeit, Herabsetzung der Libido auf ein Minimum (54, S.5).

Es werden zwei Typen endogen depressiv Erkrankter von WEITBRECHT unterschieden: die erste Gruppe besitzt Krankheitseinsicht, sucht ärztliche Hilfe und schildert mit kritischem Abstand ihre Symptome: Hemmung, Entschlußlosig-

keit, Unfähigkeit zur Bewältigung beruflicher oder häuslicher Alltagserfordernisse, Traurigkeit, sinkende Lebenszuversicht, Tendenz zur Selbstentwertung. Die zweite, kleinere Gruppe ermangelt jeder Krankheitseinsicht. Sie ist charakterisiert durch das Vorhandensein von Wahngebilden wie primären, unableitbaren Schuld- und Versündigungsideen, primärer Hypochondrie oder Verarmungswahn (54, S.81, 57). Bei K. SCHNEIDER ist ebenfalls die "vitale Traurigkeit" wichtiges Leitsymptom (53). Er versteht darunter ein "Darniederliegen der Vitalgefühle", eine elementar anmutende Verstimmung, die einhergeht mit einer Alteration der Leibgefühle. Diffuse Beschwerden werden in Brust, Kopf, Magen lokalisiert (56). Von LOPEZ-IBOR wird die vitale Angst als Kernsymptom der endogenen Depression herausgestellt. E. BLEULER beschreibt an Symptomen: schmerzliche Betonung aller Erlebnisse, häufig Angst, Klagen über Gefühllosigkeit, Verlangsamung des Gedankenganges, Geheimmtheit aller psychischen Tätigkeiten, starke Entschlußunfähigkeit, Konzentration der Aufmerksamkeit auf das eingebildete Unglück, langsame, kraftlose Bewegungen, Abnahme der Arbeitsfähigkeit, langsame, leise Sprache, Selbstmordtrieb, Wahnideen und Halluzinationen werden als "akzessorische Symptome" bezeichnet (6, S. 408, 416). Nervöse Symptome: Schwäche, Schlaflosigkeit, Obstipation, Herzbeengung, Kopfweh. FREUD hebt für die Melancholie als kennzeichnend hervor: schmerzliche Verstimmung, mangelndes Interesse für die Außenwelt, Verlust der Liebesfähigkeit, Leistungshemmung, Herabsetzung des Selbstgefühls, Ichverarmung (18). EWALD stellt dar: Vitale Traurigkeit, innere Leere, Gleichgültigkeit, Absterben der Gefühle für die nächsten Angehörigen, oft heftiges Weinen, Einsilbigkeit, Selbstbeschuldigungen, Minderwertigkeitsgefühle, Selbstmordtrieb, Versündigungs- und Verarmungsideen, Halluzinationen, illusionäre Umdeutungen (13).

G. KLOOS: Niedergeschlagenheit, Hoffnungslosigkeit, Verzweiflung ohne äußeren Anlaß, körperliche Mißgefühle, Schwunglosigkeit, Langsamkeit, Denk- und Willenshemmung, wahnhafte Ideen (34).

O.H. ARNOLD: Angst, depressive Verstimmung, Schlaf- und Appetitstörung, Suicidtendenz, Pessimismus, Erlebnisverarmung (1).

W. SCHULTE: Stumpfheit, Leere, Unfähigkeit sich aufzuraffen, die kleinste Anstrengung kostet große Qual, erlebte Leblosigkeit, gegenstandslose, ins Körperliche lokalisierte Angst, Hoffnungslosigkeit, Leiden an der Motivlosigkeit und Anonymität des Geschehens (45).

HOFSTÄTTER: pessimistische Lebenserwartungen, Selbstvorwürfe, Verzweiflungsgefühle, Impulse zum Selbstmord, Hemmung des Denkens, Sprechens, Handelns (27, S.246).

GUILFORD: tiefe Mutlosigkeit und Schwarzseherei, Verlangsamung der Verhaltensabläufe, Verlust des Appetits, Neigung zur Zurückgezogenheit, Gefühle der eigenen Wertlosigkeit und des fehlenden Selbstvertrauens; Selbstmordpläne, aber meist keine Energie zur Ausführung (24).

Es sind außerdem noch zahlreiche Sonderformen der Depression beschrieben worden, bei denen nicht ganz eindeutig ist, ob sie den endogenen Psychosen zuzurechnen sind oder nicht. Als Beispiele seien angeführt: die endoreaktive Dysthymie (WEITBRECHT), die vegetative Depression (LEMKE), die vitalisierte Depression (STAEHELIN), die konstitutionelle depressive Verstimmung (BLEULER), die Hintergrunddepression (SCHNEIDER) etc.. Auf diese Formen soll nicht näher eingegangen werden, da sie keine allgemeine Anerkennung genießen.

Wenden wir uns nun dem zweiten Hauptgegenstand unseres Themas zu, der *H y s t e r i e*. Wir begeben uns damit auf ein völlig neues Gebiet, nämlich das der Neurosen.

Während für die endogenen Psychosen häufig eine somatische Entstehungsursache angenommen wird, ist sich die Mehrzahl der Experten - bis auf wenige Ausnahmen - darüber einig, daß es sich bei Neurosen um psychogen entstandene Störungen handelt.

Da der Psychogeniebegriff ein entscheidendes Kriterium des Neurosebegriffs ist, soll näher darauf eingegangen werden.

FREUD stellte fest, daß die Symptome der Psychoneurosen (Hysterie, Zwangsneurose etc.) psychogen seien, da sie "von der Wirksamkeit unbewußter (verdrängter) Vorstellungen abhängen" (17, S.149). Der Begriff der Psychogenese wurde zwar allgemein aufgegriffen, hat sich aber nicht in dem engeren Sinne FREUD's eingebürgert. Er sagt nichts mehr darüber aus, daß unbewußte und verdrängte psychische Gegebenheiten die Ursachen von Leiden sind, sondern lediglich, "daß es pathologische Erscheinungen gibt, deren Grund im Psychischen zu suchen ist" (25, S.89). Das entspricht der Definition von GRUHLE: "Man versteht unter "psychogen" (im Gegensatz zu organisch) alle auf seelischem Wege entstandenen Störungen ..." (23, S.106).

BIRNBAUM äußert: "Als psychogen werden solche pathologische Erscheinungen - Störungen sowohl im seelischen wie im körperlichen Funktionsgebiet - angesehen, die abnorme Rückwirkungen auf psychische Reizeinflüsse darstellen" (5, S.429).

Nach SPIEGELBERG bezieht sich der Terminus Psychogenie ausschliesslich auf "affektiv-funktionell hervorgerufene Symptomenbilder" (46, S.4). "Psychogene Symptome werden energetisch grundsätzlich von innen aus der bewußten oder unbewußten individuellen psychischen Sphäre gespeist" (47, S.137).

FRANKL bezeichnet die Neurose eindeutig als "eine primär psychogene Erkrankung" (16, S.5). FREUD, der sich als

erster eingehend mit dem Gebiet der Neurosen beschäftigt, sah ihren Ursprung ausschliesslich in dem "Konflikt zwischen Ich und Sexualität" (19, S.364). Drei Entstehungsbedingungen werden angeführt: Versagung von Libidoregungen; Fixierung der Libido, welche sie in bestimmte Richtungen drängt; Konfliktneigung aus der Ichentwicklung, die solche Libidoregungen ablehnt (19, S.365). Die Symptome stellen die Sexualbetätigung des Kranken dar. Bei normaler vita sexualis sei eine Neurose unmöglich (20, S.152).

Der Begriff der Neurose im spezifischen Sinne FREUD's wurde nur von einer Minderzahl beibehalten. Etwa NUNBERG (42) und BRUN (10) tendieren in die FREUD'sche Richtung.

Man versteht unter Neurosen heute wesentlich allgemeiner Störungen der Erlebnisverarbeitung, der sozialen Anpassung oder der Lebensbewältigung, die zu einem Konflikt führen und ohne erkennbaren organischen Hintergrund sind. Ob es sich dabei um Krankheiten handelt oder nicht, darüber gehen die Ansichten stark auseinander. Sicher ist, daß eine Neurose eine entscheidende Lebensbeeinträchtigung darstellt. Analog zur Psychopathendefinition K. SCHNEIDER's spricht WEITBRECHT dann von einem Neurotiker, wenn der betreffende Mensch unter seinen Erlebnisreaktionen ungewöhnlich leidet oder andere leiden macht (55, S.97).

BINDER sieht in der Neurose eine funktionelle seelische Abnormität, die durch einen inneren Konflikt charakterisiert ist, der sich komplexhaft verselbständigt, der bewußten Kontrolle entzogen ist und somit symptombildende Dynamik entfalten kann (3, S.193).

SPEER betrachtet die Neurose als Folge einer Störung der Erlebnisverarbeitung, die den Kranken der Freiheit seines Handelns beraubt (55, S.122).

HORNEY definiert: "Eine Neurose ist eine seelische Störung, die durch Befürchtungen und Abwehrmaßnahmen gegen diese Befürchtungen veranlaßt wurde, und durch den Versuch, Kompromißlösungen für einander widersprechende Tendenzen

zu finden." (29) Der Neurotiker sehe dem Konflikt nicht ins Auge und lasse sich vom unmittelbaren Vorteil bestechen. Es fehle die Bereitschaft zum Verzicht, zur Entscheidung, Verantwortung zu übernehmen und Konsequenzen zu tragen (30).

HOFSTÄTTER führt aus: "Prinzipiell geht jede Neurose auf Situationen zurück, in denen dem Organismus die Verarbeitung der auftretenden Konflikte mißlang; die Umkehrung, daß nämlich jede solche Situation zur Neurose führe, gilt jedoch nicht" (27, S.212). Auf diesen letzteren Punkt weist eine ganze Reihe von Autoren hin. WEITBRECHT meint, eine neurotische Störung müsse eine dafür "anfällige Persönlichkeit zur Voraussetzung" haben (55, S.95). Entsprechend äußert sich LOPEZ-IBOR: "Nur jener Konflikt, der die Fissuren der Persönlichkeit trifft, hat eine pathogene Potenz. Andererseits sind nur gewisse unreife, insuffiziente Persönlichkeiten dafür empfänglich, ... durch die Konflikte ausgelöste Gefügestörungen zu erfahren" (39, S.105). Auch FRANKL stellt fest, daß nicht die ubiquitär auftretenden Konflikte an sich pathogen seien, sondern nur im Zusammenhang mit der Gesamtstruktur des Patienten (16, S.38).

Von den neurotischen Störungen ist die Hysterie sicher die älteste bekannte, zumindest ihrer Bezeichnung nach. Da sie ursprünglich mit der Gebärmutter in Zusammenhang gebracht wurde, schrieb man sie zunächst nur dem weiblichen Geschlecht zu. In der Antike glaubte man, "daß bei den hysterischen Frauen die Kinderlosigkeit die Ursache der Störungen sei; die Gebärmutter wolle begierig Kinder haben und fange an, im Körper umherzuwandern, verlege dabei sogar die Luftwege, so daß es zu den mannigfachsten hysterischen Anfällen komme" (28, S.612).

Im Mittelalter galt die Hysterie als Ausdruck einer Be-

sessenheit durch den Teufel, ihre Symptome wurden als "stigmata diaboli" bezeichnet (58, S.158).

Im 17. Jahrhundert wurde von Carolus Piso zum ersten Mal ein Zusammenhang mit dem Zentralnervensystem angenommen. HEGAR und HODLEY definierten später die Hysterie als eine genitale Reflexneurose. Erkrankungen des Uterus und der Adnexe würden abnorme Reflexe im Nervensystem auslösen und damit zu den hysterischen Symptomen führen. Die therapeutische Konsequenz war eine Totalextirpation der inneren weiblichen Genitalien (10, S.23).

CHARCOT sah die Hysterie als eine auf der Basis erblich-konstitutioneller Disposition beruhende funktionelle Nervenkrankheit an, deren Symptome das Resultat unterbewußter, in hypnoiden Zuständen erworbener und fixierter traumatischer Insulte seien (10, S.28).

Die eingehendsten Erörterungen haben die hysterischen Störungen durch BREUER und FREUD erfahren. FREUD nahm späterhin Abstand von der Annahme, daß hypnoide Zustände Vorbedingung für die Hysterie seien. Vielmehr hebt er als entscheidende psychische Mechanismen Verdrängung und Konversion hervor.

FREUD nennt die Hysterie eine Abwehrpsychoneurose, die entstehe "durch die Verdrängung einer unverträglichen Vorstellung aus dem Motiv der Abwehr ..." (9, S.250). Diese unverträgliche Vorstellung bzw. dieses psychische Trauma resultiert aus dem Gegeneinander von libidinösen und Ich-Strebungen. Der Konflikt wird nicht ausgetragen, sondern zugedeckt, einer Entscheidung wird ausgewichen. Es kommt zur Verdrängung, d.h. zum Ausschluß des unverarbeiteten Erlebnisses aus dem Bewußtsein. Der Vorgang der Verdrängung ist ein aktiver (21, S.304), der sich unbemerkt vom "Ich" vollzieht und gewöhnlich in der frühen Kindheit stattfindet. Die verdrängten Inhalte bleiben nun in abgespaltenem Zustand im Unbewußten dynamisch wirksam.

Die der steuernden Kontrolle des Ich entzogenen Energien manifestieren sich in neurotischen Symptomen und gewinnen so schädigenden Einfluß auf die bewußten psychischen Funktionen. Bei der Hysterie erfolgt eine Umwandlung der verdrängten psychischen Energie in körperliche Symptome, von FREUD als Konversion bezeichnet. "Wir erkennen demnach das für die Hysterie charakteristische Moment ...in der Fähigkeit zur Konversion und dürfen als ein wichtiges Stück der Disposition zur Hysterie die psychophysische Eignung zur Verlegung so großer Erregungssummen in die Körperinnervation anführen" (22, S.65).

Ein weiteres wichtiges Kennzeichen der Hysterie ist das unbewußte Streben nach Krankheitsgewinn, das nach FREUD in der Ich-Entlastung durch Verdrängung besteht. Dem Ich bleibt auf diese Weise die Auseinandersetzung mit den vom Über-Ich verworfenen unliebsamen libidinösen Regungen erspart.

Die von FREUD herausgearbeiteten Charakteristika der Wirksamkeit unverarbeiteter, unbewußt gewordener Konflikte, der Konversion und des Krankheitsgewinns werden auch heute noch durchweg als die entscheidenden Bestimmungsmomente der Hysterie anerkannt; nur werden sie nicht mehr so ausschliesslich zum sexuellen Problemkreis in Beziehung gebracht.

Nach KRAEPELIN entladen sich bei hysterischen Krankheitserscheinungen Gemütsbewegungen "in der Beeinflussung solcher Vorgänge, die der unmittelbaren Einwirkung des Willens dauernd oder doch für gewöhnlich entzogen sind. Die Muskulatur der Pupille, des Magens und Darms, der Haare, der Gefäße, der Herzschlag, die Atmung, die Tätigkeit der Tränen- und Schweißdrüsen, der Magen- und Darmdrüsen, vielleicht auch der Leber und Nieren kann durch gemütlliche Spannungen und Erschütterungen in Mitleiden-

schaft gezogen werden. Dazu kommen noch Behinderungen willkürlicher Bewegungen, Zittern, Schwäche, Unsicherheit, Erstarrungen, ferner Krämpfe, endlich Versagen der Sinne und Trübung des Bewußtseins ..." (35, S.26).

BRUN spricht dann von Hysterie, wenn "Störungen der cerebro-spinalen und vegetativen Innervation im Vordergrund stehen, für welche weder eine organische noch eine funktionell-organische (toxische) Grundlage gefunden werden kann - z.B. Schmerzen von eigentümlicher charakteristischer Art, Erbrechen, Lähmungen, Kontrakturen, Krampfanfälle und dergleichen" (10, S.17). Es findet eine Affektkonversion statt, bei der sich die verdrängten Affekte in körperliche Symptome wandeln. Die physiologischen Grundmechanismen stellen sich unbewußten Wunschregungen zur Verfügung, so daß ein rein psychischer Vorgang in einer physiologischen Körperveränderung seinen Ausdruck finden kann (10, S.356).

E. KRETSCHMER bezeichnet die Hysterie als die häufigste Form psychogener abnormer Reaktionen, bei denen es sich hauptsächlich um Zweck- und Abwehrneurosen handle (36, S.244). Nur solche Symptombilder seien hysterisch, in denen eine tendenziöse Komponente, ein Zweck, die Flucht in die Krankheit durchblicke. "Solche Wunsch-, Zweck- und Abwehrmotive können die verschiedensten sein: eine Rente zu bekommen, einer unglücklichen Ehe zu entgehen, Schonung, Liebe und Mitleid zu erzwingen oder auch nur sich anstaunen zu lassen, eine große Rolle zu spielen, einem Protest oder Ärger Ausdruck zu geben usw." (36, S.256). Die hysterischen Reaktionen bedienen sich "instinktiv, reflexmäßig oder sonstwie biologisch vorgebildeter Mechanismen..." (37, S.4). Sie äußern sich symptomatisch teils auf psychischem Gebiet in Dämmerzuständen, Bewußtseinsverlust etc., teils körperlich in Krampfanfällen, Zittern,

Lähmungen, nervösen Herz- und Magenstörungen etc. (36, S.391).

BLEULER nennt als Bedingungen zur Entstehung der Hysterie: Der Kranke ist nicht fähig, seine Strebungen auf normale Weise durchzusetzen; er schafft sich einen Notbehelf auf dem Weg über die Krankheit; es besteht eine labile Affektivität; der Kranke hat lebhaftete Wünsche und das Bedürfnis, die eigene Persönlichkeit zur Geltung zu bringen. Es liegt ein "Bedürfnis nach dramatischer Gestaltung des eigenen emotionellen Erlebens" vor (6, S.479). Die Hysteriker seien suggestibel, launenhaft, gäben Augenblicksreaktionen mit übertriebenen Affektausbrüchen nach. Es gelinge ihnen selten, mit anderen Menschen unbeschwert zu verkehren. Bald seien sie verletzt und beleidigt, bald suchten sie überschwängliche Beziehungen, die nicht von Dauer sein könnten (6, S.481).

BINDER hebt die Zwecktendenz der Hysteriker hervor. Sie haben das Ziel, sich Beachtung, Bewunderung, Mitleid, Zuneigung zu verschaffen, um auf Grund derselben von der Mitwelt Fürsorge, materielle Vorteile und Verzicht auf Forderungen zu erlangen. Die wichtigsten Motive des Hysterikers seien Geltungs-, Macht- und Besitzstreben (3, S.195).

KLOOS sieht in den hysterischen Reaktionen zweckgerichtete, wunschbedingte, psychogene Störungen mit seelischen oder körperlichen oder beiderlei Symptomen, auf Krankheitsgewinn abzielend. Erstrebte Zwecke sind: materieller Vorteil, Mitleid, vermehrte Beachtung, Ausweichen vor Lebensschwierigkeiten (34, S.442).

WINKLER beschreibt an hysterischen Symptomen: Gesteigerte Suggestibilität; Dissoziation von Erlebnismaterial, d.h. bestimmte psychische Bezirke werden aus dem Bewußtsein

ausgeschlossen und damit der Einordnung in den Gesamtzusammenhang des Erlebens entzogen; Bereitschaft zur Konversion; Bereitschaft zur Mobilisierung entwicklungsgeschichtlich vorgebildeter Reaktionsweisen (Totstellreflex, Bewegungssturm), Flucht in die Krankheit; Ausnutzung der Krankheit als Mittel zum Zweck; Übersteigerung des Ausdrucks; Bezogenheit auf den Zuschauer, d.h. die hysterische Demonstration von Symptomen findet immer in Gegenwart anderer statt (58).

GUILFORD charakterisiert die Konversionshysterie: "Auf psychischer Grundlage entstandenes körperliches Leiden als Mittel zum Krankheitsgewinn" (24, S.468). Vier faktorenanalytisch isolierte Symptome werden herausgestellt: fehlende organische Grundlage des Leidens; in-den-Dienststellen körperlicher Symptome; keine Beschwerden über wirkliche körperliche Gebrechen; körperliche Störungen auf emotionaler Basis. Der Kranke bedient sich einer körperlicher Maßnahme, um irgendeine Lebensschwierigkeit zu umgehen oder einen persönlichen Gewinn zu erlangen. Die Mechanismen der Störung im Nervensystem sind der willentlichen Kontrolle entzogen; der Patient kann die Störung nicht nach Belieben ein- und auskoppeln (24).

HOFSTÄTTER äußert in gleichem Sinne, daß hysterische Symptome keine bloßen Vortäuschungen seien, Ihr Auftreten lasse sich nicht willentlich intendieren (27, S.216).

KRETSCHMER, BINDER und EWALD erwägen dagegen die Möglichkeit des bewußten Arrangements hysterischer Symptome. Sie beziehen aber mit dieser Ansicht eine Außenseiterposition; es ließe sich auf diese Weise keine Differentialdiagnose zwischen Simulation und Hysterie durchführen.

Eine ausführliche hysterische Symptomatik gibt schließlich

CATTELL an: physische Symptome ohne organische Grundlage, Instabilität der Motive und Emotionen, Suggestibilität, oberflächliche Gefühle bei überstarkem Ausdruck, theatralisch wirkend, Wunsch, Aufmerksamkeit auf sich zu lenken, Mangel an Beharrlichkeit, lebhafter emotionaler Wechsel, Sympathie begehrend, Verantwortung vermeidend, Anfälle nur in Gegenwart anderer (11).

Es zeigt sich also, daß bei der hysterischen Symptomatik, ebenso wie bei den endogen depressiven Symptomen, von verschiedenen Autoren die gleichen Grundzüge dargestellt werden. Mangelhaft wird die Übereinstimmung aber in Bezug auf feinere, spezifische Kategorisierungen, wie GUILFORD in aufschlußreichen Untersuchungen festgestellt hat (24, S.463). Wir möchten daher im Hinblick auf unsere Fälle alle Sonderformen außer Acht lassen und uns auf die Symptome stützen, die weitgehende Anerkennung finden.

Zur vollständigen Erörterung des Problemstandes gehören auch Ausführungen über den Stand der Auseinandersetzung in der Psychiatrie um die in unserem Fall anzuwendende Methodik.

In unserer Untersuchung werden Patienten dargestellt, bei denen sowohl endogen-depressive Zustandsbilder als auch hysterische Symptome zu beobachten waren. Diese Gruppe wird einer anderen gegenübergestellt, die Patienten mit einer reinen endogenen Depression leichteren Grades enthält.

Es wird die Frage gestellt, ob erstere als eine Kategorie sui generis angesehen werden sollte oder lediglich als zufällige Spielart einer reinen endogenen Depression. Es handelt sich also um ein Klassifizierungsproblem.

Die Bearbeitung klassifikatorischer Fragen ist für die klinische Wissenschaft von grundlegender Bedeutung. KAHL-BAUM präzisiert diesen Tatbestand unmißverständlich: "Aus

allem ... ist es ersichtlich, daß die Psychiatrie keinen wesentlichen Fortschritt machen kann, ehe nicht die Grundlage jeder Wissenschaft, die Einteilung des wissenschaftlichen Objekts, d.h. die geordnete Kenntnis der Einzeldinge gewonnen ist" (33).

Ebenso setzt nach MEYER jede wissenschaftliche Bearbeitung medizinischer Tatbestände eine Systematisierung voraus, welche Vorbedingung für die therapeutische Entscheidung ist (40, S.130).

Es gibt Stimmen, die darauf verweisen, daß Klassifizierungsversuchen stets eine unangemessene Nivellierung und Etikettierung des Menschen und seiner seelischen Leiden innewohnen (40, S.131). LOPEZ-IBOR bemerkt, daß jeder Krankheitsverlauf etwas singulär Biographisches darstelle, das eine sehr persönliche Perspektive seitens des Untersuchers erfordere; andernfalls könne man nicht zum Kern der Persönlichkeit vordringen (39, S. 105). Und WEITBRECHT führt aus: "So unzählig viele Menschen mit ihren Eigenarten, so unendlich viele Umweltsituationen, so unendlich viele Möglichkeiten abnormen Reagierens müssen wir erwarten" (55, S.97). Ohne Zweifel sind die angeführten Autoren im Recht, wenn sie betonen wollen, daß die diagnostische Einordnung eines Einzelfalles nicht dazu verleiten dürfe, den Patienten in seiner Individualität zu vernachlässigen. Sollte andererseits gemeint sein, Individualität im Sinne der Einmaligkeit bedeute, mit keinem anderen Wesen verglichen werden zu dürfen, so führte eine solche Ansicht in letzter Konsequenz zu einer erheblichen Bedeutungsminde rung klinischer Bemühungen, die großenteils darin bestehen, in der Behandlung von Kranken gewonnene Erfahrungen für andere Patienten nutzbar zu machen. Es würde im Begriff des Individuums als einmaliger Existenz ausschliesslich das hervorgehoben, was Personen voneinander trennt, und alles übersehen, was sie miteinander gemeinsam haben.

Bemühungen um Klärung klassifikatorischer Probleme haben beide Aspekte zu beachten, den des Verbindenden und den des Trennenden. Eine Klasse, eine Kategorie ist dadurch definiert, daß alle zu ihr gehörigen Glieder bestimmte Gleichartigkeiten aufweisen und sich dadurch von Mitgliedern anderer Klassen abheben. Die Homogenität einer Klasse, die Gleichartigkeit der zu ihr Zählenden ist selbstverständlich nicht absolut; die individuelle Variabilität aller Erscheinungen impliziert Abweichungen von der Durchschnittsnorm der jeweiligen Klasse. Diese interindividuellen Schwankungen sind relativ unbedeutend, sie lassen sich als zufällige Variationen der Durchschnittsnorm einer Kategorie betrachten. Übersteigen die Abweichungen jedoch ein gewisses Maß, d.h. erweisen sie sich als überzufällig groß, so sind die betreffenden Personen aus der Klasse auszusondern. Das von den übrigen Klassenmitgliedern Trennende ist zu erheblich, als daß gleiche Gesetzmäßigkeiten hinsichtlich der Krankheitsgenese und des Effekts therapeutischer Maßnahmen erwartet werden dürfen. Weisen die ausgesonderten Fälle ihrerseits untereinander wesentliche Gemeinsamkeiten auf, so wird man eine neue Kategorie postulieren, die wiederum nach dem Prinzip der Homogenität ihrer Mitglieder ausgerichtet ist. Erscheinungen jeder Art, physische wie psychische, gesunde und krankhafte, lassen sich prinzipiell untereinander vergleichen. Der Vergleich zeigt Gemeinsamkeiten auf oder läßt Unterschiede erkennen. Die exakten Methoden des Vergleichs sind von grundlegender Bedeutung bei der Lösung klassifikatorischer Probleme.

Die Bearbeitung klassifikatorischer Fragen birgt stets die Gefahr subjektiv-spekulativer Stellungnahmen in sich, denen Allgemeinverbindlichkeit nicht ohne weiteres zuerkannt werden darf. Das beruht nicht zuletzt darauf, daß

in der europäischen Psychiatrie immer wieder versucht wird, das schwierige Problem der Kategorisierung psychopathologischer Erscheinungen auf rein intuitiv-verstehendem Wege einer letztgültigen Entscheidung zuzuführen.

Die Erfahrung zeigt nicht selten, daß intuitiv-verstehend erstellte Eindrucksurteile über den gleichen Tatbestand zwischen mehreren Klinikern voneinander abweichen. Zwar werden Patienten mit ausgeprägten Symptomen gewöhnlich nostiziert, weil die Abweichung von der Norm und die Auffälligkeit der Symptome augenscheinlich sind - doch finden wir bei der Klassifikation nicht so klarer Fälle eine wesentlich geringere Beurteilungskonkordanz; es fehlen hier für die Differenzierung eindeutige Vergleichsmaßstäbe. Die Schwierigkeiten werden besonders dann eklatant, wenn neurotische Befunde in die Beurteilung einzubeziehen sind, weil die Vieldeutigkeit der Symptomatik dabei bekanntlich sehr groß ist.

Offensichtlich gehen in intuitiv erstellte Diagnosen unterschiedliche individuelle Einstellungen ein, die jedes Urteil in einer subjektiven Richtung verzerren, sodaß eine nur mangelhafte Übereinstimmung selbst zwischen Experten die Folge ist. Man braucht bei neurotischen Symptomen nur an die Interpretationsdifferenzen zwischen direkt beobachtetem Verhalten und gefolgerten tiefendynamischen Vorgängen zu erinnern. Eine weitere beachtliche Fehlerquelle stellt der sog. Halo-Effekt dar, nach dem vom allgemeinen Eindruck, den ein Arzt von einer Person hat, bzw. von der Feststellung bestimmter (positiver oder negativer) Wesenszüge, ungerechtfertigte Verallgemeinerungen in die Beurteilung anderer Merkmale derselben Person einfließen. Bereits KRAEPELIN machte darauf aufmerksam, daß das subjektiv-einfühlende Vorgehen zu den größten Selbsttäuschungen führen kann. Da die Einfühlung "im höchsten Maße durch die eigenen Vorurteile und Bedürfnisse beein-

flußt wird, gewährt sie ein bedeutendes Maß einleuchtender Gewißheit. Das ist besonders deswegen bedenklich, weil wir gar keinen Maßstab für die Zuverlässigkeit dieses Sicherheitsgefühls besitzen" (35, S.13).

Auch STENGEL vermerkt, daß die klinischen Eindrücke subjektiven Verfälschungen unterworfen seien und folgert die Notwendigkeit daraus, nichts unversucht zu lassen, sie so weit wie möglich auszuschalten (50, S.210).

Das aber ist nicht so einfach. Wie KRAEPELIN andeutet, wird die Wahrheitsfindung in wissenschaftlichen Auseinandersetzungen nicht unerheblich dadurch erschwert, daß intuitiv-ganzheitliche Eindrucksurteile die Eigenheit besitzen, im Beurteiler einen hohen Grad subjektiven Evidenz-erlebens auszulösen.

Dies erklärt den immer wieder anzutreffenden Tatbestand, daß Kliniker ihre voneinander abweichenden Diagnosen mit außerordentlicher Vehemenz zu verfechten imstande sind. Jeder der Kontrahenten mag der unumstößlichen persönlichen Überzeugung sein, Recht zu haben. Das ändert aber nichts daran, daß sie offensichtlich außerstande sind, ihrer Auffassung Beweiskraft zu verleihen, d.h. sie für andere logisch-notwendig einsichtig, allgemein verpflichtend zu machen. Solange dies aber nicht gelingt, ist jede Ansicht lediglich als eine vorläufige Annahme zu betrachten, als eine Hypothese, die noch der Verifizierung bedarf. Auch die Anregung SPIEGELBERG's, die von ihm behandelten Fälle leichter endogener Depression mit hysterischer Symptomatik als eine Kategorie sui generis anzusehen, ist zunächst eine auf intuitiver klinischer Beobachtung beruhende Hypothese. Diese mag durchaus Plausibilität für sich in Anspruch nehmen, sie entbehrt jedoch bisher der exakten empirischen Überprüfung. Eine Behauptung erlangt erst dadurch Allgemeingeltung, daß sie durch eine objektive Überprüfung bestätigt wird.

Es erscheint daher angebracht, zur Klärung der Hypothese SPIEGELBERG's eine objektive Kontrolle der Ergebnisse unserer kasuistischen Untersuchung durchzuführen. Diese Kontrolle wird nach experimenteller Methodik geplant, um auf diese Weise die erstellten Beobachtungsdaten möglichst weitgehend der privaten, subjektiven Beurteilung zu entziehen. Im Experiment wird ein Geschehen planmäßig herbeigeführt und damit die Beobachtung einer Mehrzahl von Personen unter weitgehend gleichartigen Bedingungen gewährleistet (41, S.5). Es wird dadurch der Nachteil klinischer Gelegenheitsbeobachtungen eliminiert, der darin besteht, daß die Bedingungen, unter denen beobachtete Ereignisse ablaufen, nicht klar überschaut werden können, sodaß sich nur schwerlich vergleichbare Schlußfolgerungen ziehen lassen.

Unserem Untersuchungsziel angemessen wurden standardisierte Prüfexperimente (d.h. objektive Tests) angewendet, die von der empirischen klinischen Psychologie entwickelt worden sind und in ihrer Funktion Meßinstrumente darstellen. Standardisierte Tests sind definiert als wissenschaftliche Prüfverfahren zur Untersuchung eines oder mehrerer empirisch abgrenzbarer psychischer Merkmale mit dem Ziel einer möglichst quantitativen Aussage über den relativen Grad einer individuellen Merkmalsausprägung. Sie haben bestimmten wissenschaftlichen Kriterien zu genügen, die als die Gütekriterien eines Tests bezeichnet werden und sich auf die Objektivität, Zuverlässigkeit und Gültigkeit des Verfahrens beziehen.

Unter Objektivität versteht man den mittleren Grad, in dem die Beurteilungen mehrerer unabhängiger Auswerter über die Testleistungen einer Stichprobe mehrerer Probanden miteinander korrelieren. Die Korrelation mißt den Grad der Übereinstimmung aller Auswerter bei der Beurteilung einer Testleistung. Die Bewertung einer Leistung soll unabhängig

vom Beurteiler sein. - Die Zuverlässigkeit gibt Auskunft darüber, ob der Test als Meßinstrument verläßlich und genau ist, unabhängig davon, was er seiner inhaltlichen Bedeutung nach mißt. Der Test muß also bei seiner Wiederholung unter gleichen Bedingungen bei derselben Personen-Gruppe zu den gleichen Ergebnissen führen. Vorausgesetzt wird dabei die Konstanz des gemessenen Merkmals.

Die Gültigkeit oder Validität sagt aus, inwieweit ein Test inhaltlich tatsächlich das mißt, was zu messen er vorgibt. Es handelt sich also um den Grad, in dem die Testergebnisse einer Stichprobe mit einem definierten Gültigkeitskriterium, gemessen an derselben Stichprobe korrelieren.

Objektivität, Zuverlässigkeit und Gültigkeit werden formal durch Korrelationskoeffizienten beschrieben, die per definitionem zwischen den Werten -1 und $+1$ variieren können. Je mehr sich die Koeffizienten dem Wert $+1$ nähern, desto höher ist die Güte eines Tests einzuschätzen.

Soll ein Test für die praktische Diagnostik als brauchbar erachtet werden, so muß seine Objektivität einen Koeffizienten von nahe $+1$, seine Zuverlässigkeit von mindestens $+0,7$ und seine Gültigkeit von wenigstens $+0,4$ aufweisen. Bei bestimmten projektiven Verfahren (z.B. Wartegg-Test) liegen die Gütekoeffizienten weit unter den angegebenen Werten. Sie finden daher in dieser Untersuchung keine Verwendung. Objektive Tests ermöglichen eine quantitative Registrierung der Ergebnisse und damit eine differenziertere Beschreibung des Beobachteten. Quantifizierungen sind in jeder Wissenschaft notwendig; implizite sind sie selbst dort vorhanden, wo man rein intuitiv-verstehend vorzugehen meint. Die Begriffe der Deбилität bzw. Imbezillität z.B. wären sinnleer, wenn man nicht die Vorstellung von einer quantitativ abgestuften Intelligenz zugrunde legte (8). Die numerische Erfassung von Beobachtungsdaten erlaubt deren mathematische Weiterverarbeitung und den Aufweis

von Gesetzmäßigkeiten. Letzteres ist das legitime Ziel jeder Wissenschaft.

Der Begriff "gesetzmäßiger" Beziehungen impliziert ihre Allgemeinverbindlichkeit. Die Anwendung der Mathematik als formaler Logik führt zu Schlüssen, die Allgemeinverbindlichkeit beanspruchen dürfen. Eine mögliche Form logischer Verarbeitung zahlenmäßig erfaßter Tatbestände liefert in der Medizin die mathematische Statistik. Statistische Schlußverfahren finden heute leider noch nicht immer die Resonanz, die sie verdienen. Polemisch wird häufig geäußert, daß sich mit Statistik alles beweisen lasse. Richtig daran ist, daß unzulässige Anwendung statistischer Methoden zu unberechtigten Schlüssen führt. Die Möglichkeit fehlerhaften Vorgehens berechtigt jedoch nicht dazu, statistischen Methoden bei sauberer Anwendung die logische Beweiskraft abzusprechen.

Die auf das Verhalten von Individuen ausgerichtete psychiatrische Forschung ist nicht in der Lage, gesetzmäßige Beziehungen - wie etwa in der Makrophysik - als eindeutige mathematische Funktionen darzustellen. Sie ist auf statistische Verfahren angewiesen, welche ermöglichen, aus stichprobenhaftem Datenmaterial zu übertragbaren Aussagen zu gelangen.

Es wird angestrebt, Aufschluß über Grundgesamtheiten, d.h. sämtliche Träger eines bestimmten Merkmals oder einer Merkmalkombination, zu gewinnen. In unserem Falle soll die Grundgesamtheit an leichter endogener Depression Erkrankter mit der Grundgesamtheit Depressiver mit hysterischen Symptomen verglichen werden. Das aber ist praktisch nicht möglich; man muß sich stets mit repräsentativen Zufallsstichproben aus den jeweiligen Grundgesamtheiten begnügen. Es bleibt dann die Frage zu klären, inwieweit die Ergebnisse des Vergleichs zwischen unseren Stichproben relevant sind

für die Gegebenheiten der beiden Grundgesamtheiten aller möglichen zugehörigen Fälle.

Es könnte sein, daß zwischen zwei Stichproben ein Unterschied festgestellt wird, der auf ihre nicht repräsentative Gruppierung zurückzuführen ist, für die betreffenden Grundgesamtheiten aber nicht zutrifft. Der errechnete Stichprobenunterschied war dann ein zufälliger.

In der wissenschaftlichen Forschung besteht die Konvention, ein Untersuchungsergebnis als signifikant zu bezeichnen, wenn seine Zufallswahrscheinlichkeit geringer als 1:20 ist, d.h. wenn wenigstens 95% Sicherheit dafür spricht, daß das ermittelte Ergebnis nicht zufällig zustande gekommen ist. Das Ergebnis ist dann auf dem 5%-Niveau signifikant, die Zufallshypothese kann verworfen werden.

In der Zurückweisung der Möglichkeit, daß lediglich der Zufall für einen Effekt verantwortlich sei, liegt die entscheidend wichtige Funktion der mathematischen Statistik. Negierung des Zufalls bedeutet logischerweise Anerkennung gesetzmäßiger Ordnung.

Um keinem Mißverständnis Vorschub zu leisten, sei betont, daß hier nicht die Auffassung vertreten wird, der Intuition jeden wissenschaftlichen Wert abzusprechen und sie durch Statistik zu ersetzen. Die Intuition hat der Forschung eine Fülle wertvoller Hypothesen zur Verfügung gestellt und wird das immer tun müssen. Aufgabe der experimentellen Methodik und der Statistik ist es, die Brauchbarkeit einer bestimmten Hypothese objektiv zu entscheiden.

Die mit dieser Arbeit gestellte Aufgabe ist nicht nur von theoretischem Interesse, sondern ebenso von praktischem Belang. Diagnose und therapeutische Maßnahmen stehen in unmittelbarer Beziehung (46, S.5), sofern man auf eine differenzierte Therapie Wert legt. Diagnostizieren heißt Einordnen eines Einzelfalls in ein klassifikatorisches System. Das Ergebnis der Zuordnung legt die Richtung der einzuschlagenden Therapie fest.

3. Darstellung der in der vorliegenden Untersuchung verwendeten Verfahren

Es wird eine umfassende, auf die jeweilige Persönlichkeit des Patienten bezogene (kasuistische) Fallstudie durchgeführt und deren Ergebnisse einer objektiven Kontrolle unterzogen.

Im folgenden seien sämtliche verwendeten Verfahren dargestellt:

- 1) Beobachtung der äußeren Erscheinung, des Ausdrucks und des allgemeinen Verhaltens: Körpergestalt, Körpermängel, Kräftezustand, Kleidung, Gepflegtheit, Haltung, Motorik, Gestik, Gesichtsausdruck, Sprechweise, Auftreten, Umgangsform, Kontaktaufnahme.

2) Exploration

Auf die persönliche Aussprache mit den Patienten wurde sehr viel Zeit und Sorgfalt verwendet (25 - 30 Stunden für jeden Patienten). WELLEK nennt die Exploration das "Rückgrat einer jeden Persönlichkeitsdiagnose", ARNOLD die "Krönung aller Untersuchungsverfahren" (27, S.103). WEITBRECHT hält die Exploration dort für die führende Methode, wo neurologische, serologische, radiologische und andere Verfahren zu keinem Resultat führen. Die Aussage des Patienten sei die Quelle alles Wesentlichen, was wir vom krankhaft veränderten Seelenleben des Menschen wissen (55, S.13). In erster Linie das Gespräch gebe Aufschluß über die seelischen Vorgänge im Patienten. Bezüglich der Wahl einer gebundenen oder freien Explorationstechnik hält JACOB einen beweglich angepaßten Mittelweg für angebracht. Dieser "bestimmt sich ... zwischen einer mehr passiv abwartenden, weil geöffneten und einer mehr aktiv-zugreifenden, systematisch auswählenden Handhabung, welche das Explorationsfeld durchzugliedern versucht ..." (32, S.67).

Wir haben uns um einen solchen Mittelweg bemüht, d.h. einerseits das Gespräch nicht ins Uferlose abgleiten lassen und immer wieder auf zentral wesentliche Punkte zurückgeführt, andererseits gegenüber allen spontanen Äußerungen Offenheit gezeigt, die bedeutsame Tatsachen ans Licht zu fördern versprochen.

Die wichtigsten Gesichtspunkte der Exploration sollen kurz aufgeführt werden:

- A) Heredität und biologische Entwicklung; Krankheiten in der Familie, frühkindliche Entwicklung, Verhaltensauffälligkeiten, Kinderkrankheiten, spätere Krankheiten, generative Vorgänge (Menarche, Menopause), Anlaß der Einweisung, Krankheitsverlauf, jetziger Gesundheitszustand.
- B) Soziale und pädagogische Situation im Elternhaus, sozialer Status, finanzielle Verhältnisse, eheliche Geburt, Vollständigkeit bzw. Unvollständigkeit der Familie, Verhältnisse der Eltern zueinander, Atmosphäre im Elternhaus, Vertrauenspersonen, Stellung unter den Geschwistern, Art der Erziehung (Strenge, Gängelei etc.), Leistungsanforderungen (Schule-Haus), Lösung vom Elternhaus.
- C) Soziale Beziehungen außerhalb des Elternhauses: Bevorzugung von Gemeinschafts- oder Einzelspiel, Bevorzugung jüngerer oder älterer Spielgefährten, zahlreiche - wenige Freundschaften, stabil oder häufig wechselnd. Rolle innerhalb der Gruppe (Anführer, Mitläufer), Ansehen unter den Kameraden.
- D) Bildungsgang: Schuleintritt, schulischer Werdegang, Abschlußzeugnisse, besondere Interessen; Verhältnis zu Autoritätspersonen, Berufswünsche (Motive, Rolle der Eltern), Verlauf der weiteren Ausbildung, Berufs- und Stellungswechsel.

- E) Psychosexuelle Entwicklung; Sexualmoral des Elternhauses, sexuelle Aufklärung, erste sexuelle Erfahrungen, Liebesverhältnisse, sexuelle Schwierigkeiten.
- F) Heutige Situation: Familienstand, sozialer Status, Harmonie der Ehe, Verhältnis zu den Kindern, berufliche Situation, Freizeitgestaltung, Zielsetzungen, Werthaltungen, Ansprüche.

3) Testverfahren

Wir möchten uns nicht ausschliesslich auf die Ergebnisse der Exploration stützen. Zwar "...entsteht in der Aussprache meistens ein ziemlich abgerundetes Bild, dessen innere Evidenz zwingend ist" (27, S.103). Aber die Überprüfung des Wahrheitswertes dieses Gefühls gelangt nicht immer zu positiven Resultaten. Untersuchungen von BINET, HOLLINGWORTH, SCOTT zeigen, daß die Urteile verschiedener Experten bezüglich des gleichen Patienten divergieren. Ähnliches berichten EYSENCK und GUILFORD. Wir möchten uns daher zusätzlich der Vorteile objektiver Testverfahren bedienen, um möglichst gut begründete Aussagen über den Status des jeweiligen Patienten machen zu können.

Diese Vorteile bestehen vor allem in der genaueren messenden Erfassung eines Merkmals und dem weitgehenden Ausschluß subjektiver Verzerrung.

Es wurden solche Verfahren angewendet, die gestatten, die charakteristischen Bereiche der Gesamtpersönlichkeit zu erfassen. Wir verstehen darunter Auskünfte über Intelligenz- und Leistungsbereich, Antriebsverhalten und Emotionalität. Die entsprechenden Tests sollen kurz dargestellt werden.

Objektive Intelligenz- und Leistungstests, Fragebogen

Es handelt sich hierbei um standardisierte Tests, die allen Kriterien eines exakten Prüfverfahrens genügen.

Hamburg-Wechsler-Intelligenz-Test für Erwachsene (HAWIE, 52)

Der HAWIE besteht aus 11 Untertests, von denen 6 verbale Fertigkeiten, 5 praktische Handlungen verlangen. Die Einzelergebnisse werden nach Rohpunkten bewertet, welche man in Standardwerte transformiert, um die verschiedenen Leistungen untereinander vergleichbar zu machen. Aus den Wertpunkten berechnet sich der Intelligenzquotient; er läßt sich bestimmen für den Gesamttest und zusätzlich gesondert für den Verbal- und Handlungsteil.

Der Gesamt-IQ stellt einen Index der intellektuellen Leistung dar, der durch einen Vergleich der Intelligenzpunkte eines Individuums mit dem Durchschnittswert seiner Altersgruppe gebildet wird.

Der Verbalteil bringt Aufschluß über den intellektuellen Rapport des Patienten zur Umwelt, den Erwerb allgemein zugänglicher Erfahrungen und die Fähigkeit, diese in neuen Situationen auszuwerten; Merkfähigkeit; Begriffsfestigkeit und Klarheit; logisch anschauliches Denken. Der Handlungsteil informiert über die Fähigkeit, Gegenstände praktisch zu handhaben, Gesamtsituationen zu überschauen, Konfigurationen aufzufassen, zu analysieren und systematisieren, Einzelteile nach einem übergeordneten Konzept zu kombinieren.

Die Testzeit beträgt 60-75 Minuten. Der Objektivitätskoeffizient liegt nahezu bei $r = 1$. Zuverlässigkeit: Stabilitätskoeffizient $r = 0,94$ (vier Untertests wurden mit weiteren vier Untertests korreliert). Gültigkeit: , innere Validierung; Gültigkeitskriterium: Stanford-Binet-Intelligenz-Test; $r = 0,82$ bei $N = 75$. Normierung: Eichstichprobe: $N = 2000$.

Es wurden altersspezifische Normen von 10 - 80 Jahren erstellt.

Der Paulitest von R. PAULI und W. ARNOLD (2)

Mit diesem Verfahren wird eine Leistungsprüfung vorge-

nommen. Die Aufgabe besteht darin, auf einem Bogen, der 80 Zahlenreihen mit je 51 einstelligen Zahlen enthält, fortlaufend jede Zahl einmal mit der vorangegangenen und einmal mit der nachfolgenden zu addieren. Das Ergebnis wird jeweils in die Lücke zwischen den Ziffern notiert. Bei zweistelligen Zahlen werden die Zehner nicht mitgeschrieben. Alle 3 Minuten wird auf ein Zeichen des Versuchsleiters hin unter das letzte Ergebnis ein Strich gesetzt. Durch diese Markierung wird eine, graphische Darstellung des Arbeitsverlaufs in einer Kurve möglich.

Die drei Hauptaspekte der Auswertung sind: Menge, Güte, Verlauf der Leistung. Es kommt also nicht allein auf das Test-Ergebnis an, sondern ebenso auf den Leistungsweg.

Die Belastung, die mit dem Test gegeben ist, hängt weniger von äußeren Umständen als von der persönlichen Anstrengungsbereitschaft ab; der Leistungserfolg drückt die willentliche Selbstbelastung aus.

Der Arbeitsversuch gibt Hinweise auf den Grad der Einsatzbereitschaft, Antriebsstärke, Selbstbeherrschung, Ausdauer, Aufmerksamkeit, Stetigkeit, Sorgfalt, Übungsfähigkeit und Anpassung des Probanden.

Der Objektivitätskoeffizient liegt bei 1. Zuverlässigkeitskoeffizienten (Split-half-Methode) für die Menge $r_{12} = 0,97$, Fehler $r_{12} = 0,80$, Verbesserung $r_{12} = 0,88$. Gültigkeit: Äußere Gültigkeit (Kriterium: Studienerfolg) $r_{te} = 0,46$. Innere Validierung (Kriterium: 6 weitere Aufmerksamkeitstests) $r_{te} = 0,3 - 0,4$ (2).

Zahlenquadrat

Blättchen mit den Nummern von 1 - 100 sind möglichst rasch als Quadrat von 10 - 10 in der richtigen Reihenfolge zu ordnen. Die Bewertung geschieht nach Zeitnormen und nach dem Arbeitsverhalten.

Geprüft wird die Organisationsgabe bei einfachen Aufgaben, d.h. die Fähigkeit, eine unkomplizierte Arbeit planmäßig und zweckvoll zu gestalten.

Psychomotorische Tests

- 1) Tapping: Auf einem Blatt sollen mit einem weichen Bleistift 6 Sekunden lang soviele Punkte wie möglich gemacht werden. Die Ordnung der Punkte spielt keine Rolle; nur sollten sie nicht aufeinander zu liegen kommen. Die Arbeit wird sowohl mit der rechten als mit der linken Hand ausgeführt. Die Gesamtsumme der Punkte wird mit den bestehenden Normen verglichen und der Prozentrang des Probanden festgestellt.
Der Test prüft die auf dem extrapyramidalen System beruhende motorische Koordination hinsichtlich ihrer Beweglichkeit und Schnelligkeit (motor speed). Bei Neurotikern ist die motor speed-Leistung durchschnittlich gegenüber dem Normalen vermindert.
- 2) Punktieren: In ein quadratisches Netz von 100 Quadraten mit 18 cm Seitenlänge ist in jedes vorgegebene Viereck ein Punkt zu setzen. Dabei soll fortlaufend die 1. Reihe von links nach rechts, die 2. von rechts nach links etc. möglichst schnell punktiert werden. Diese Aufgabe soll nacheinander mit der rechten und der linken Hand ausgeführt werden. Die insgesamt benötigte Zeit erlaubt durch Normenvergleich die Prozentrang-Bestimmung der entsprechenden Leistung.
"Punktieren" erfaßt (im Gegensatz zum Tapping) mehr die zielgerichtete Willkürkoordination der Motorik.

Maudsley-Medical-Questionnaire (MMQ) von H.J. EYSENCK
Der MMQ ist ein Fragebogen mit 38 Fragen zur Erfassung neurotischer Tendenzen und 18 Lügenfragen, welche Auf-

schluß über die selbstkritische Einstellung des Probanden geben. Die Fragen sind mit "Ja" bzw. "Nein" zu beantworten. Die Auswertung geschieht durch Auszählen der zustimmenden und ablehnenden Antworten für neurotische und Lügenskala getrennt. Vergleich der Punkt-Resultate mit den bestehenden Normen erlaubt eine Aussage über die Gradausprägung neurotischer Tendenzen.

Objektivität: $r = 1$; Zuverlässigkeit: Stabilitätskoeffizient (Split-half-Verfahren, korrigiert nach Spearman-Brown) $r_{12} = 0,88$ bei $N = 811$; Gültigkeit: äußere Validierung; Kriterium: Einstufung durch Psychiater hinsichtlich emotionaler Unbeständigkeit und Neigung zu neurotischem Zusammenbruch, $r_{te} = 0,70$ bei $N = 500$. Es bestehen hochsignifikante Mittelwertsunterschiede zwischen Normalen, Neurotikern und Psychotikern.

Normierung: Eichstichprobe: 1000 normale und 100 neurotische Erwachsene. Normen sind in Form von Punktbereichen aufgestellt, denen verschiedene Schweregrade neurotischer Tendenzen zugeordnet sind. Die Punktbereiche für die Lügenfragen entsprechen bestimmten Graden der Simulation bzw. Dissimulation.

Maudsley-Personality-Inventory(MPI) von H.J.EYSENCK (14)

Das MPI ist ein Meßinstrument für zwei wichtige, unabhängige Dimensionen der Persönlichkeit: neurotische Tendenz und Extraversion, jeweils durch 24 Fragen analysiert (N- und E-Skala). Die Beantwortung geschieht durch "ja", "nein" oder "unentschieden" und erfährt eine bestimmte Punktbewertung. Sämtliche Fragen haben eine lange Reihe von experimentellen und statistischen Prüfungen durchlaufen, bevor sie ihre endgültige Form erhielten.

Die beiden Dimensionen wurden faktorenanalytisch bestimmt. Der erste Faktor, die neurotische Tendenz setzt sich aus Skalen wie emotionale Labilität, Nervosität, Hypersensitivität, Unterlegensheitsgefühl, Introspektion, Streit- und Kritiksucht zusammen. Die Extraversion, als 2. Faktor besteht aus Skalen wie Sorgenlosigkeit, allgemeine Aktivität, Streben nach Einfluß und Geselligkeit.

Objektivitätskoeffizient: $r = 1$; Zuverlässigkeit: Stabilitätskoeffizient (Split-half-Verfahren, korrigiert nach Spearman-Brown): N-Skala: $r_{12} = 0,88$; E-Skala: $r_{12} = 0,83$. Innere Validierung: Heron-Skala; N-Skala: $r_{te} = 0,64$; E-Skala $r_{te} = 0,80$ bei $N = 134$ Neurotiker. Normierung: Eichstichprobe: 300 normale Erwachsene sowie 4 verschiedene klinische Gruppen.

Persönlichkeits-Interessen-Test (PI)

von Mittenecker und Tomann (42)

Es handelt sich um ein Frageverfahren in Form von Testkarten, die vom Probanden unter den Rubriken "stimmt" oder "stimmt nicht" abzulegen sind. Der Test erfaßt 9 Persönlichkeitsmerkmale: Einstellung zur Gemeinschaft, depressive, neurotische, introversive Tendenzen etc. und 9 Interessenbereiche, welche die Neigung zu bestimmten Berufen prüfen. (Die für letztere zuständigen Fragen wurden von uns nicht vorgelegt.) Zu jeder Kategorie werden jeweils 10 - 20 Fragen gestellt, aus deren Beantwortung Hinweise auf die entsprechende Tendenz zu einem bestimmten Merkmal gewonnen werden. Objektivität: $r_{obj} = 1$; Zuverlässigkeit: Re-Test-Verfahren nach 24 Stunden für jede Kategorie gesondert: $r_{tt} = 0,64 - 0,94$; nach 3 Monaten: $r_{tt} = 0,49 - 0,91$. Normierung: Eichstichprobe $N = 514$, Angehörige verschiedener Alters- und Berufsgruppen.

Projektive Tests

L.K. FRANK, der Urheber der Ausdrucks-Projektions-Methode, definiert: "Basically, a projective technique is a method of studying the personality by confronting the subject with a situation to which he will respond according to what that situation means to him and how he feels when so responding" (15, S.46).

Es liegt bei den projektiven Verfahren ein relativ unstrukturiertes Testmaterial vor, das den Probanden provoziert, seine inneren Haltungen, Strebungen und Erwartungen hineinzuprojizieren. Innerpsychische Gegebenheiten spiegeln sich also in den Deutungen und Gestaltungen des Testmaterials. Der Proband erhält ein Minimum an Instruktion; damit wird beabsichtigt, ihm möglichst viel Spielraum für eine spontane und freie Entfaltung zu geben.

Diese Methode besitzt den Vorteil, daß sie für den Probanden kaum zu durchschauen ist; er weiß nicht, welche Persönlichkeitseigenschaften geprüft werden sollen und erkennt daher nicht, was und wieviel er von sich preisgibt.

Die Interpretation der projektiven Tests ist nicht unumstritten. Auf Verfahren wie Wartegg-, Szondi-, Baumtest etc., bei denen empirische Untersuchungen zu sehr unterschiedlichen Ergebnissen geführt haben, wurde verzichtet. Wir begnügten uns mit Rorschachtest, TAT, PFS und der Wunschprobe von Wilde.

Rorschach-Test (7)

Dieses Testverfahren wurde von dem Schweizer Psychiater R. RORSCHACH entwickelt und 1920 veröffentlicht. Das Material besteht aus 10 Tafeln, deren jede mit einem bilateral symmetrischen, vielgliedrigen Tintenklecks bedruckt ist.

Die Tafeln sind teils schwarz-weiß, teils farbig. Der Proband wird aufgefordert, sich zu äußern, was die vorgelegte Tafel darstellt. Er kann sie drehen und so viele Antworten geben, wie er möchte. Jede Antwort wird in einer bestimmten Weise signiert, und zwar:

1. nach dem Erfassungsmodus (Ganzantwort, Detailantwort, Zwischenfigur-Deutungen);
2. nach den Determinanten (Formantwort, Bewegungsantwort, Zahl- und Lageantwort, Farbantwort);
3. nach dem Inhalt (Menschen, Tiere, Objekte, Ornamente, Masken etc);
4. nach der Originalität (Vulgärantwort, Originalantwort, Individualantwort).

Weiter sind zu berücksichtigen: Antwortenzahl, Testzeit, Sukzession der Antworten, Hell-Dunkel-Deutungen, besondere Phänomene (Versager, Farbschock, Rotschock, Dunkelschock, Subjekt- und Objektkritik, Farbnennungen, Impressionen, Perseverationen, Stereotypien, Komplexantwort etc.).

Die Signierungen werden dann ausgezählt und verrechnet. Man erhält den Prozentsatz an scharfen Formantworten, Tierdeutungen, das Verhältnis von ganz- zu Detail- bzw. Kleindetail-Antworten (Erfassungstyp), das Verhältnis von Farb- zu Bewegungsantworten (Erlebnistyp) etc.

Die Interpretation der Testdaten gestaltet sich sehr diffizil. Sie erstreckt sich auf die Intelligenz, besondere Begabungen (theoretischer, praktischer, künstlerischer Art), Affektivität (Struktur und Steuerung des Gefühlslebens, Stimmungen), Sozialen Kontakt, allgemeine Haltungen (Geltungsbedürfnis, Minderwertigkeitsgefühle, Aggressivität), Konflikte, neurotische Züge, Hinweise auf psychiatrisch-pathologische Störungen (7).

Thematic-Apperception-Test (TAT) von Henry A. Murrey

Das TAT-Material besteht aus 20 Bildern, auf denen

größtenteils Menschen in verschiedenen Situationen zu sehen sind. Personen und Gegenstände sind so verschwommen und undeutlich abgebildet, daß der individuellen Ausdeutung breiter Spielraum gegeben ist. Der Proband wird instruiert, über jedes der Bilder eine Geschichte zu erzählen, in der zu schildern ist, wie es zu der vorgegebenen Situation kam, was gerade passiert, welches die Gedanken und Gefühle der beteiligten Personen sind und welchen Ausgang die Geschichte nehmen wird. Nach MURREY führt die Mehrdeutigkeit der Bilder dazu, daß der Proband sie in Übereinstimmung mit eigenen Erfahrungen, Wünschen und Strebungen deutet. Er biete besonders solche Inhalte dar, die für ihn zur Zeit von hoher Aktualität seien: auf diese Weise enthielten die Geschichten bezeichnende Konfliktstoffe und charakteristische Persönlichkeitsauszüge. Man unterscheidet in den Erzählungen Haupt- und Nebenpersonen. MURREY unterstellt, daß sich der Proband mit der jeweiligen Hauptperson, dem Helden, identifiziert. Man versucht nun folgendes zu erfassen: die emotionalen Reaktionen des Helden, seine dynamischen Impulse, Interessen, Ziele, Werthaltungen, die Stellung des Helden zur Umwelt, die Anforderungen der Umwelt an ihn, seine Konfliktstoffe, die Verarbeitung seiner Problematik.

Rosenzweig Picture-Frustration Study (PFS)

Der Test besteht aus einem Heft mit 24 Zeichnungen, auf denen jeweils eine bestimmte Situation und zwei miteinander sprechende Leute abgebildet sind. Das dargestellte Ereignis bedeutet für eine der beiden Personen eine Beeinträchtigung, eine Frustration. In diese Person soll sich der Proband hineinversetzen und auf die Frage seines abgebildeten Gesprächspartners antworten.

Es wird eine bewußte oder unbewußte Identifizierung mit dem frustrierten Individuum angenommen und daß der Proband seine eigenen Verhaltensweisen in die Antworten projiziert. Hauptsächlich drei verschiedene Reaktionsweisen, die sich auf eine frustrierende Situation einstellen können, werden geprüft:

Extrapunitivität E: der Proband attackiert versteckt oder offen seine Umwelt.

Intropunitivität I: der Proband richtet seine Aggression gegen sich selbst; er beschuldigt sich.

Impunitivität M: der Proband bagatellisiert die Frustration; erhofft eine unproblematische Lösung.

Weiterhin wird beachtet, ob der Proband mehr das frustrierende Hindernis hervorhebt (O-D: obstacle dominance) oder mehr das Ich, das die Vereitelung erleidet (E-D: ego-defense) oder ob er die Hauptbetonung auf die Lösung der Situation legt (N-P: need-persistence).

Wunschprobe von K. Wilde

Das Testmaterial umfaßt 66 kleine Karten mit jeweils einem aufgedruckten Wort, das entweder ein Tier, eine Pflanze oder einen Gegenstand beinhaltet. Der Proband wird aufgefordert, sich in Analogie zur Auffassung von der Seelenwanderung vorzustellen, er komme als solch ein Tier bzw. Pflanze oder Gegenstand erneut auf die Welt und zu entscheiden, ob er das gern sein möchte oder nicht oder ob er es zum Teil akzeptiert und aus welchen Gründen. Die unter den verschiedenen Aspekten gruppierten Karten werden dann noch nach dem Grad ihrer Zustimmung bzw. Ablehnung geordnet.

Die methodische Grundabsicht des Verfahrens besteht in der Auflockerung und Lösung der Aussagebereitschaft, in dem eigene Wünsche und Tendenzen auf Außermenschliches projiziert werden können. Der Proband spricht auf diese Weise scheinbar niemals von sich selbst.

Nach WILDE handelt es sich bei diesem Test ausdrücklich um eine Wunschprobe, nicht um eine Seins-Probe. Wir erfahren nicht, wie jemand ist, sondern wohin er möchte. Also Wünsche, Ziele, Ansprüche, Einstellungen werden erfaßt.

Mit den dargestellten Methoden wurden zwei Gruppen von Patienten untersucht:

- 1) 3 Fälle, die klinisch als an endogener Depression leidend diagnostiziert und
 - 2) 4 weitere Fälle, bei denen sowohl endogen-depressive als auch hysterische Symptomatik festgestellt wurde.
- Bei unseren Patienten handelte es sich um depressive Verstimmungen, ein Umschwingen zum manischen Pol wurde während der Untersuchungszeit nicht beobachtet. Nach den Angaben von WEITBRECHT machen 2/3 aller affektiv Psychotischen nur depressive Phasen durch (4, S.93). Ohne Zweifel liegen bei unseren Fällen endogene Depressionen leichteren Grades vor. Sie sind einzuordnen in die von WEITBRECHT beschriebene 1. Gruppe endogen-depressiv Kranker, die über Ort und Zeit orientiert sind, Krankheitseinsicht haben und bei denen weder mnestiche Ausfälle noch primäre Wahnideen vorhanden sind. Im übrigen tritt die Symptomatik der affektiven Psychose, des Gemütsleidens rein und deutlich hervor. Es bestand kein Anhalt für pathologisch-organische Veränderungen. Da sowohl bei endogener Depression wie bei der Hysterie das weibliche Geschlecht zahlenmäßig überwiegt, verwundert es nicht, daß es sich bei unserem Kollektiv bis auf eine Ausnahme um Frauen handelt.

Die Patientinnen befinden sich überwiegend in mittleren Jahren und es erhebt sich die Frage, ob hier Involutionspsychosen vorliegen. WEITBRECHT rechnet dazu solche Psychosen, bei denen mit Sistieren der Ovarialtätigkeit

erstmalig Symptome auftraten. Das darf für unsere Fälle eindeutig verneint werden. Überdies zählen die meisten Psychiater die Involutionspsychosen den endogenen zirkulären Psychosen zu. KRAEPELIN faßte die Melancholien der Rückbildungszeit als besondere Krankheit auf, rechnete sie aber nach einer katamnestischen Überprüfung wieder den manisch-depressiven Psychosen zu (6, S.421). Bezüglich der Hysterieformen wurden nur solche Krankheitsbilder berücksichtigt, bei denen sich deutliche somatische Symptome ohne organisch objektivierbare Grundlage manifestierten. Bei den Patienten mit neurotischer Symptomatik trat die periodische Verlaufsform der depressiven Stimmungsschwankungen weniger ausgeprägt auf, als bei den reinen Depressionen. BLEULER äußert dazu, daß die Syndrome zwar meist periodisch aufträten, daß es sich aber auch um dauernde Störungen handeln könne, die dann regelmäßig weniger hochgradig seien (6, S.408).

Es fragt sich, inwieweit es gerechtfertigt ist, die Fälle mit der oben geschilderten doppelten Syndromatik als eine besondere Krankheitsgruppe anzusehen, die nicht der Kategorie der endogenen Depressionen zugerechnet werden sollte. Die Ergebnisse der von uns angewandten Untersuchungsmethoden müßten dann in beiden Gruppen eindeutig unterschiedlich ausfallen. Sind die Resultate gleich oder unwesentlich verschieden, so ist die Hervorhebung einer gesonderten Konstellation von Symptomen ungerechtfertigt und überflüssig.

Natürlich wird man bei ^{der} verhältnismäßig geringen Anzahl von Fällen, die für beide Gruppen vorliegen, bei der Interpretation der Untersuchungsergebnisse äußerste Vorsicht walten lassen müssen.

Sollte sich jedoch die in dieser Arbeit zu prüfende ~~Annahme~~ SPIEGELBERG's von der leichteren Form endogener Depression mit hysterischer Symptomatik als einer Kategorie

sui generis bereits bei dieser kleinen Zahl von Untersuchungsfällen als begründet erweisen, so ist für die psychiatrische Forschung der Gewinn erzielt, zur weiteren Bearbeitung dieses Problems berechnigte Veranlassung gegeben zu haben.

In diesem Sinne wäre die vorliegende Arbeit als eine pilot-study, eine wissenschaftliche Erkundungsstudie aufzufassen.

4. Ergebnisse und Auswertung

Im folgenden werden zunächst drei Fälle reiner endogener Depression leichteren Grades (Gruppe A) und im Vergleich dazu anschliessend 4 Fälle leichter endogener Depression mit hysterischer Symptomatik dargestellt (Gruppe B).

4.1 Gruppe A

Frau G. D., geb. 1914 Kr. Nr. 748/63

Äußere Erscheinung und allgemeines Verhalten

Frau D. ist mittelgroß, von breiter, kräftiger Gestalt, dabei nicht allzu füllig. Sie ist solide und unauffällig gekleidet, trägt die Haare zu einem Knoten aufgesteckt. Sie wirkt im Ganzen ansprechend gepflegt. Motorik und Gestik sind sparsam, fast unbeweglich.

Das Gesicht ist breit, ostisch, von blasser Gesichtsfarbe. Die Augen sind haloniert, der Blick müde und verhangen. Die Lippen sind voll, die Mundwinkel herabgezogen. Der Gesichtsausdruck erscheint traurig-teilnahmslos.

Die Sprechweise ist zwar deutlich akzentuiert, die Stimme aber leise, im Tonfall schleppend und gleichförmig. Frau D. antwortet auf Fragen, spricht nicht viel spontan von sich aus. Sie weint selten, lacht genau so wenig. Bei der ersten Kontaktaufnahme kommt sie nicht unmittelbar entgegen, verhält sich abwartend, sperrt sich aber nicht gegen explorative Fragen und Testaufgaben.

Biologische Entwicklung, Krankheitsverlauf

Der Vater von Frau D. starb 74-jährig an Herzschwäche. Die Mutter lebt und ist gesund. 1 Schwester verunglückte mit 13 Jahren tödlich, 1 Bruder ist gefallen, 2 weitere Geschwister sind gesund.

Erbkrankheiten und psychische Absonderlichkeiten sind aus der Familie nicht bekannt.

Außer Grippe und Masern machte Frau D. keine Kinderkrankheiten durch. 1954 Gelenkentzündung, 1956 Lungenentzündung mit anschliessender Mittelohrentzündung. Vertaubung für einige Wochen auf einem Ohr, danach völlige Restitution.

Menarche mit 16 Jahren, 2 normale Geburten, Menses jetzt noch regelmäßig, allerdings etwas schwächer als früher. Seit 3-4 Jahren ist die Periode von Schmerzen im Rücken und in den Beinen begleitet. Vor und nach der Periode schon immer deutliche Stimmungsbeeinträchtigung.

Vor 8-9 Jahren begann die erste depressive Phase mit quälender Schlaflosigkeit. Frau D. konnte nicht einschlafen, alles beunruhigte sie. "Ich grübelte fortgesetzt, ich dachte über alles mögliche nach, was mich eigentlich gar nichts anging. Ich konnte nicht aufhören zu denken. Ich hätte gern abgeschaltet, aber es ging nicht." Lebensüberdruß und eine unbestimmte Traurigkeit hätten sie furchtbar niedergedrückt. Sie habe danach große Schwierigkeiten mit ihrer 15-jährigen, sehr aufsässigen Tochter gehabt; das habe ihr stark zugesetzt, sei aber für dieses Ausmaß an Niedergeschlagenheit wohl doch nicht allein maßgebend gewesen. Nach Ablauf von etwa 6 Wochen sei der Zustand allmählich abgeklungen. Patientin hatte sich selbst Galama und Burlecithin gekauft zur Beruhigung; ein Arzt war nicht konsultiert worden.

Erneut brach die Krankheit Ende 1961 aus. Frau D. wurde zunächst von einem Internisten ambulant behandelt und kam dann für 2 Monate in die psychiatrische Klinik in D. Diesmal traten die Symptome noch wesentlich ver-

stärkt auf. Sie habe sich schwer krank gefühlt und meinte, verrückt werden zu müssen. Sie sei von einer schrecklichen unbestimmten Angst erfüllt gewesen. Sie mochte nicht unter Leute gehen, weil sie dachte, man sähe ihr die Krankheit an. Eine furchtbare Unruhe habe sie umhergetrieben, sie sei ständig in der Wohnung auf- und abgelaufen, mit der Rasierklinge in der Hand, um sich die Pulsadern aufzuschneiden. Sie habe es dann aber doch nicht getan. Sie habe sich in einem merkwürdigen Benommenheitszustand befunden, nichts habe sie besonders geärgert oder interessiert, im Grunde sei ihr alles gleichgültig gewesen. In D. wurde zunächst eine Schlafkur durchgeführt; nachdem diese abgesetzt worden sei, habe sie wieder ruhelos herumrennen müssen. Daraufhin habe sie 10 Elektroschocks bekommen. Nach der Entlassung war sie nicht mehr so unruhig, aber gemütsmäßig sei sie noch nicht wieder im Gleichgewicht gewesen. Später sei es ihr dann zeitweise gut gegangen. Im Dezember 1962 zog Patientin mit ihrer Familie von A. nach N. um. Den Umzug habe sie noch recht und schlecht geschafft, dann sei ihr wieder "so komisch" gewesen. Sie habe zu nichts mehr Lust gehabt, hatte wieder Hemmungen, unter Menschen zu gehen. Es sei ihr ganz wirr im Kopf gewesen, sie konnte sich auf nichts konzentrieren und vergaß alles. Sie habe sich furchtbar schlapp gefühlt, konnte sich zu nichts aufraffen. Sie habe durchaus nicht zuviel Arbeit gehabt, konnte es nur einfach nicht schaffen. Sie hatte das Gefühl, es liege eine Zentnerlast auf ihr, sie allein müsse die ganze Last der Welt tragen. Alles erschien ihr so schwer und trostlos. Bei ihren Fluchterlebnissen 1945 habe sie viel Kraft aus ihrer religiösen Bindung geschöpft; aber jetzt in ihrer Krankheit könne sie keinen Kontakt zu Gott finden; sie sei ganz verlassen, alles sei wie abgerissen.

Frau D. wurde im Frühjahr 1963 ambulant im Krankenhaus T. behandelt, im Juni wurde sie stationär in die Nervenklinik in M. aufgenommen.

Soziale und pädagogische Situation im Elternhaus

Frau D. wurde 1914 als zweites von fünf Kindern in K., einem Dorf von 1000 Einwohnern, geboren. Die Familie bewirtschaftete 20 Morgen Land; der Vater war nebenher zeitweise bei der Eisenbahn beschäftigt, um etwas hinzu-zuverdienen. Man habe keine Not gelitten, aber das Leben sei sehr hart und arbeitsreich gewesen. Wie ihre Geschwister mußte Frau D. vom 11. Lebensjahr an morgens um 3⁰⁰Uhr aufs Feld, anschliessend um 7⁰⁰Uhr in die Schule, nachmittags folgte wieder Feldarbeit, abends mußten die Schulaufgaben erledigt werden, über denen ihr meist die Augen zufielen. Die Eltern seien beide wortkarg und in sich gekehrt gewesen, außerordentlich bescheiden in ihren persönlichen Ansprüchen. Sie hätten kaum Zeit gefunden, sich besonders mit den Kindern zu beschäftigen, seien aber gerecht gewesen und hätten auf ihre Weise getan, was sie konnten. Mit seinen Sorgen und Nöten habe jedes Kind allein fertig werden müssen.

Mit ihren Geschwistern - einer älteren und einer jüngeren Schwester, 2 jüngere Brüder - habe sie sich ganz gut verstanden. Es habe zwar die üblichen Raufereien und Streitereien gegeben, aber im Ganzen sei das Verhältnis kameradschaftlich gewesen.

Bildungsgang

Mit 6 Jahren wurde Patientin eingeschult. Sie besuchte eine einklassige Gemeinschaftsschule, in der sämtliche 8 Klassen gleichzeitig von einem Lehrer unterrichtet wurden. Sie habe als gute Schülerin gegolten; zu Hause aber wurde die Schule als unwesentliche Nebensache betrachtet, viel mehr Bedeutung sei der Feldarbeit zugemessen worden.

Sie sei ein stilles zurückhaltendes Kind gewesen, niemals tonangebend. Sie habe meist eine, höchstens 2

Freundinnen gehabt, die Freundschaften seien aber sehr intensiv gewesen.

Nach der Schulentlassung trat sie mit 14 Jahren ihre erste Stellung als Haustochter bei einem Regierungsrat in der benachbarten Kleinstadt B. an. Zu Hause wollte sie nicht bleiben, weil es dort neben der schweren Arbeit keinerlei Anregung gab. Außer dem jährlichen Erntedankfest und Jahrmarkt habe ihr Heimatdorf nichts an Abwechslung geboten. Sie aber habe Verlangen danach gehabt, etwas Neues zu sehen und kennen zu lernen. Bei dem Regierungsrat sei sie streng, aber gut behandelt worden, habe auch Familienanschluß gefunden. Sie blieb dort 4 Jahre und nahm dann, um etwas anderes kennen zu lernen, die Haustochterstelle bei einer Baronsfamilie an. Die Leute seien sehr arrogant und herablassend gewesen und hätten in ganz großem Stil gelebt. Es habe ihr aber dort nicht schlecht gefallen, sie brauchte keine grobe Arbeit zu verrichten und mußte hauptsächlich kochen, was sie gern tat. Sie habe mehr freie Zeit als in der vorigen Stelle gehabt. Auch habe sie es interessant gefunden, die vielen hochgestellten Gäste zu sehen.

Beziehungen zum anderen Geschlecht

Als der Baron von Schlesien in die ostpreußische Garnisonstadt A. versetzt wurde, ging Frau D. mit. Sie besuchte dort hin und wieder von den Soldaten veranstaltete Tanzfeste und ließ sich auch von dort öfter nach Hause begleiten. Eine nähere Freundschaft habe sie aber nicht angeknüpft, da sie Männern gegenüber von einer übergroßen Scheu erfüllt gewesen sei. Sie sei in dieser Beziehung zu Hause extrem prüde erzogen worden. Bei jedem Mann, der sich ihr zu nähern suchte, fürchtete sie, er könne etwas Verbotenes von ihr wollen und sie bekäme ein uneheliches Kind.

Schließlich lernte sie bei einem Fest ihren zukünftigen Mann kennen, der ihr wegen seiner Zurückhaltung besonders gut gefallen habe. Er war gleich ihr durch eine harte Jugend gegangen und an ein Leben gewöhnt, das nicht auf Rosen gebettet war. Er sei ehrlich und offen gewesen und - wenn er auftaue - von derbem Humor. Es sei ihr nicht schwer gefallen, zum ihm Vertrauen zu fassen. Er hatte ursprünglich das Bäckerhandwerk erlernt, war dann als Berufssoldat zum Militär gegangen. Nach 12 Jahren Dienst wollte er dann als Inspektor in die Verwaltung.

Frau D. heiratete mit 24 Jahren ihren um 1 Jahr älteren Freund. Vor der Ehe hatte sie weder mit ihm noch mit irgendeinem anderen Mann sexuellen Kontakt. Die Ehe sei im Grunde genommen gut verlaufen, ihr Mann habe sein Leben lang unermüdlich für seine Familie gearbeitet. Er habe nie Seitensprünge gemacht, sie habe sich fest auf seine Treue verlassen können. Was sie aber vermißte, war, daß er niemals irgendetwas beigetragen habe, um das gemeinsame Leben anregend und abwechslungsreich zu gestalten. Er knüpfe keinerlei Kontakte um einen Bekanntenkreis zu schaffen, Kino- und Theaterbesuch komme für ihn nicht in Frage. Er sei kein Mann, der führen und lenken könne; dabei habe sie sich oft einen Halt gewünscht. Er gehe zu wenig aus sich heraus, fange nie etwas diplomatisch an. Wenn etwas auf dem ganz geraden Weg nicht zu erreichen sei, werfe er sofort die Flinte ins Korn. Die intimen Beziehungen seien ohne Komplikationen befriedigend für beide Partner verlaufen. Ihr Mann habe allerdings oft mehr Interesse daran gezeigt, als ihr lieb war, sie habe ihn manchmal bremsen müssen. In den depressiven Zeiten hege sie einen ausgesprochenen Widerwillen gegen den sexuellen Verkehr.

Entwicklung der familiären Verhältnisse

1939 wurde ihr erstes Kind, eine Tochter, geboren. Die

Geburt sei sehr schwer gewesen, aber es durfte kein Arzt geholt werden, da Frau D. überempfindlich gegen die Anwesenheit eines Mannes war. Sie habe sich lange Zeit sogar vor ihrem eigenen Mann geschämt. Nach einjähriger Ehe wurde ihr Mann zu Beginn des Krieges als aktiver Soldat sofort an der Front eingesetzt. In den folgenden 6 Jahren sah sie ihn nur selten bei dem jeweils kurzfristig bemessenen Fronturlaub.

Im Januar 1945 mußte sie Ostpreußen mit ihrer 5-jährigen Tochter verlassen; sie war damals im 3. Monat schwanger. Frau D. weint bei der Erzählung der Fluchterlebnisse, was sie sonst nicht tut. Sie spricht relativ lebhaft, engagiert sich, weint nicht so unbeteiligt, wie sonst. Man sei damals bei Eiseskälte im offenen Treck gezogen, ständig durchnäßt, hungrig, erschöpft. Von P. aus sei sie per Schiff nach H. gekommen. Der Schiffsweg war vermint, hinzu kamen häufige Flugzeugangriffe; sie habe ständig in der Angst gelebt, ihre letzte Stunde sei gekommen. Von H. aus wurde sie mit ihrer Tochter in ein Dorf verschickt. Sie lebte dort unter primitivsten Verhältnissen auf einem Heuboden. Sie bekam dann ihr zweites Kind, wurde wieder ausgewiesen und in ähnlichen Verhältnissen untergebracht. Sie habe dann durch Zufall eine bekannte Frau aus Ostpreußen getroffen, die sie, völlig erschöpft, bei sich aufnahm und für sie und die Kinder sorgte.

Ende 1945 traf sie wieder mit ihrem Mann zusammen. Auch Mann und Sohn der Bekannten kehrten aus der Gefangenschaft zurück. Die Wohnung sei dadurch viel zu eng geworden und es kam zu höchst unerquicklichen Reibereien. Frau D's Mann nahm Arbeit an einer Zeche unter Tage an, um Schwerarbeiterzulagen zu erhalten und die Chancen für

eine eigene Wohnung aussichtsreicher zu gestalten. Aber erst 1950 habe sich dieser Wunsch erfüllt; die Familie habe sich endlich wieder menschlich gefühlt. - Für ihren Mann sei die Arbeit unter Tage eine schreckliche Überwindung gewesen, er habe mehrere Unfälle erlitten und sie selbst habe immer in Aufregung und Angst gelebt, es könne ihm etwas Ernstliches zustoßen. Die Sicherheitsvorkehrungen in der Zeche seien bekanntermaßen schlecht gewesen.

1954 wechselte ihr Mann in den Justizdienst über, zuerst arbeitete er als Hilfsaufseher, dann als Wacht- und Hauptwachmeister. Anfangs habe er wesentlich weniger als auf der Zeche verdient, aber sie sei doch froh gewesen, der ständigen Sorge um ihn enthoben zu sein.

1961 ging er zur Bundeswehr; er hatte sich schon früher darum beworben, wurde aber, da er nur Volksschulbildung besaß, nicht als Offizier angestellt, obwohl er einen solchen Rang im Krieg bekleidet hatte. Frau D. ist der Ansicht, daß ihre Familie durch Krieg und Flucht gegenüber anderen Menschen doch sehr schlecht weggekommen und an die Wand gedrückt worden sei.

Mit ihren Kindern versteht sich Frau D. gut; allerdings sei sie mit dem Sohn (Oberschüler) immer leichter fertig geworden, als mit der eigenwilligen Tochter. Seitdem diese mit einem Diplom-Ingenieur verheiratet ist, sei das Verhältnis jedoch sehr gut. Überhaupt habe die ganze Familie in ihrer Krankheit rührend zu ihr gestanden und sie habe im Grunde jetzt eigentlich nichts, worüber sie sich ernstliche Sorgen machen müßte. Doch schließt sie gleich danach an, sie fürchte, daß ihr Mann seine Arbeit nicht schaffen könne, weil er so viel Last mit ihr habe.

Intelligenz- und Leistungsbereich

Mit einem Gesamt-IQ von 94 im Hawie liegt Frau D. an der

unteren Grenze des Durchschnittsbereichs. Sie schneidet im Handlungsteil (IQ=86) wesentlich schlechter ab als im Verbalteil (IQ;101). Die Differenz von 15 Wertpunkten zwischen beiden Leistungsbereichen gibt einen deutlichen Hinweis auf eine depressive Leistungshemmung, die zu einer größeren Funktionseinbuße im praktischen Handeln führt als in den verbalen Fähigkeiten.

Der intellektuelle Rapport zur Umwelt, ein gesunder common sense und praktisches Wissen für den Alltagsbereich sind in ausreichendem Maße vorhanden. Es besteht eine gute Begriffsklarheit und Abstraktionsfähigkeit im sprachlichen Bereich. Logisch-anschauliche Rechenoperationen können ohne besondere Mühe durchgeführt werden. Dagegen bestehen Schwierigkeiten im Herstellen einfacher anschaulicher Assoziationen, es mangelt an Beweglichkeit und Umstellfähigkeit. Die Beobachtungsfähigkeit für Gegenstände der Umgebung und präzise Vorstellungen von diesen fehlen weitgehend. Konfigurationen werden unzulänglich aufgefaßt, Wahrnehmungsvorgang und visuell-motorische Organisation werden nicht in Einklang gebracht. Auch das Überschauen von Sinnzusammenhängen und Gesamtsituationen im sozialen Bereich läßt zu wünschen übrig.

Frau D. gibt sich ausgesprochen Mühe, die ihr übertragenen Aufgaben zufriedenstellend zu lösen. Doch hat sie besonders dort gegen große Schwierigkeiten zu kämpfen, wo es um eine längerdauernde Konzentrationsanforderung und praktische Organisation von Fähigkeiten geht. Ihr Vorgehen ist bisweilen umständlich und planlos; die aufmerksame Zuwendung zur Aufgabe ist wechselhaft. Doch bricht sie eine Tätigkeit niemals vor ihrer Beendigung ab, mit zäher Ausdauer kompensiert sie fehlenden Antrieb.

Emotionalität und Dynamik

Frau D. gibt sich überwiegend pessimistischen Vorstellungen und Gefühlen hin. Sie fühlt sich gequält von Schlaflosigkeit

Niedergeschlagenheit, Leistungsunfähigkeit, Verlust der religiösen Bindung, Schuldgefühlen, Gleichgültigkeit, Verminderung des Selbstvertrauens.

Sie geht nur wenig aus sich heraus, ist zurückhaltend in emotionalen Äußerungen. Ihre Beschwerden schildert sie mit einer gewissen Monotonie und Unbeteiligtkeit. Im ganzen wirkt sie "schwerblütig", etwas unbeweglich. Still und zurückhaltend sei sie auch vor der Krankheit schon immer gewesen; doch hätten andere sie als gute Zuhörererin gerühmt. Leichtlebige und unbeschwerte Vergnüglichkeit hätten ihr nie gelegen; sie mißtraut allem, was nicht bodenständig und solide ist. Sie verabscheut Dünkel, Eitelkeit, gesellschaftlichen Glanz. Dabei hat sie durchaus Interesse an sozialer Kontaktaufnahme, auch wenn es ihr nicht gegeben ist, spontan und impulsiv auf andere Menschen zuzugehen. Sie hat sich nach der Flucht bemüht, Beziehungen zu ostpreußischen Landsleuten anzuknüpfen, um sich einen neuen Bekanntenkreis zu schaffen. Auf den seltenen gesellschaftlichen Veranstaltungen, die sie besucht, hält sie sich lieber im Hintergrund. Sie werde leicht unsicher und fühle sich unterlegen. Überhaupt neige sie dazu, sich kleiner und geringer zu machen, als sie sei.

Frau D. leidet sehr an ihrer derzeitigen Antriebslosigkeit und dem Unvermögen, etwas zustande zu bringen. Sie sei harte Arbeit von frühester Jugend auf gewöhnt und möchte wieder etwas schaffen können. In ihrer Wohnung sei noch manches anzuschaffen und zu verbessern. Sie legt großen Wert darauf, daß alle Dinge ihren Platz und ihre Ordnung haben.

Herr G. J., geboren 1923; Kr.Nr. 945/63

Äußere Erscheinung, allgemeines Verhalten

Der 40-jährige Herr J. ist klein, rundlich, von pyknischem Habitus. Er macht einen mittelkräftigen Eindruck, die Gesichtshaut ist blaß, die Augen haloniert. Er hält sich aufrecht, ist sparsam in der Gestik. Bisweilen zeigt er einen Handtremor; rutscht die Bettdecke von den Beinen, so läßt sich hin und wieder auch ein Fußtremor beobachten. Er gibt an, er zittere immer dann, wenn er sich ängstlich oder angespannt fühle. Die Gesichtszüge sind ausgesprochen weich, im Ausdruck betrübt, ratlos-hilflos. Herr J. spricht leise und weinerlich. Bisweilen kommen ihm die Tränen; er bringt dann jedesmal zum Ausdruck, wie peinlich ihm das ist, da er doch ein Mann sei.

Er zeigt sich bei der Kontaktaufnahme nicht unzugänglich, ist aber ständig etwas mißtrauisch, ob man was von ihm erfahren wolle, das ihm später irgendwie zum Nachteil gereichen und das man gegen ihn verwenden könnte.

Heredität, biologische Entwicklung, Krankheitsverlauf

Die Mutter von Herrn J. lebt und ist gesund, der Vater starb 66-jährig an Magenkrebs. Besondere Krankheiten sind sonst aus der Familie nicht bekannt.

Ernstlich krank sei er selbst in der Kindheit und Jugend nie gewesen.

Richtig unwohl habe er sich zum ersten Mal im Frühjahr 1958 gefühlt. Er sei furchtbar lostlos und oft schwindelig gewesen, außerdem habe ihn häufiger Brechreiz geplagt. Er habe sich außerstande gefühlt, zur Arbeit zu gehen. Der Arzt stellte Gastritis und niedrigen Blutdruck fest; als die Behandlung nicht anschlug, sei gesagt worden, seine Beschwerden kämen nicht vom Magen sondern von der Schild-

drüse. Aber alle Pillen hätten nicht viel genützt, er habe 3 Monate krank feiern müssen. Herr J. führt seine damaligen Beschwerden auf den Tod des Vaters im Januar 1958 zurück. Das sei ein furchtbarer Schlag für ihn gewesen. Er habe sich in den Jahren vorher abgeschuftet und ein Haus gebaut, um seine Eltern nach des Vaters Pensionierung zu sich nehmen zu können und ihnen einen schönen Lebensabend zu bereiten. Aber ein knappes Jahr nach dem Einzug sei der Vater gestorben. Das habe er als eine entsetzliche Ungerechtigkeit des Schicksals empfunden. Herr J. kommt immer wieder auf dieser Ereignis zu sprechen.

Zum zweiten Mal seien 1961 Beschwerden aufgetreten. Wiederum hatte er zu nichts Lust, ihm wurde öfter schwarz vor den Augen, er litt an Brechreiz, Würgen, Aufstoßen, fühlte sich ständig schlapp und müde. Er habe sich Sorgen über alle möglichen Dinge gemacht, z.B. seiner Frau könne etwas zustoßen, wenn er nicht daheim sei etc. Zunächst sei er internistisch behandelt worden, dann wurde ein Nervenarzt zugezogen. Behandlung mit Melleril und Tofranil habe gut angeschlagen. Er habe 4 Monate im Krankenhaus gelegen. Anschliessend habe er sich gut erholt und sei eineinhalb Jahre lang völlig gesund gewesen.

Nach Ostern 1963 sei es wieder abwärts mit ihm gegangen. Er mochte abends nicht mehr fernsehen, interessierte sich für nichts mehr, war teilnahmslos und müde, ging am liebsten so zeitig wie möglich ins Bett, um von nichts etwas hören und sehen zu müssen. Auch Brechreiz, Aufstoßen und Völlegefühl stellten sich wieder ein. Der Brechreiz sei besonders stark nach Aufregungen aufgetreten. Hinzu seien eigenartige Wallungen gekommen, die ihn plötzlich bei der Arbeit überfielen. Es habe im Magen angefangen zu rumoren und sei dann bis zur Brust hochgestiegen; danach habe das Herz sehr stark geschlagen und ihm sei innerlich merkwürdig zittrig gewesen.

Diese Wallungen seien meist 2-3 mal hintereinander aufgetreten, jeweils 1 Minute andauernd. Hinterher sei er immer vollkommen erschöpft gewesen.

Ab Ende April 1963 habe er sich nicht mehr imstande gefühlt, seiner Tätigkeit (als Betriebsprüfer bei der Finanzverwaltung) nachzugehen. Er habe eine panische Angst gehabt, alles falsch zu machen, etwas zu übersehen, zu langsam zu arbeiten. In seiner Niedergeschlagenheit sei er ganze Tage im Bett geblieben und habe über seine Krankheit nachgegrübelt und seine Unfähigkeit, irgendetwas zustande zu bringen. Er sei zunächst von einem Nervenspezialisten behandelt worden, der ihn auch aus dem Bett an die frische Luft zwang. Kurzfristig sei es ihm auch besser gegangen und er habe versucht, seine Arbeit wieder aufzunehmen. Aber sogleich habe ihn die alte Angst gequält, er wüßte nichts, könnte nichts, schaffte nichts. Brechreiz, beklemmende Gefühle in Magen- und Herzgegend kehrten wieder, dazu ein unwiderstehlicher Drang, sich hinzulegen. Er habe sich durch und durch miserabel gefühlt; nur Feigheit habe ihn daran gehindert, sich aufzuhängen. Wenn er einmal die Zeitung aufschlug, habe er nur die Todesanzeigen gelesen und gedacht, daß er auch bald dabei wäre. Er machte sich unentwegt Sorgen, seine Frau könne sich bei der Hausarbeit mit dem Messer in die Hand schneiden, beim Obstpflücken vom Baum fallen; im Winter könnte das Heizöl nicht reichen, beim Ausfüllen danebenlaufen etc. Patient nahm am 1. August 1963 noch einmal einen Anlauf, die Arbeit wieder aufzunehmen. Als sich wiederum die alten Schwierigkeiten einstellten, ließ er sich von seinem Hausarzt in die Nervenklinik in M. einweisen.

Soziale und pädagogische Situation im Elternhaus

Herr J. wurde 1923 als Sohn eines Arbeitsamtsangestellten in B. geboren.

Die finanziellen Verhältnisse seien zwar immer gesichert, aber beengt gewesen; man habe sich genau überlegen müssen, wofür das Geld ausgegeben werde.

Er sei außerordentlich streng erzogen worden, vor allem von seinem Vater. Er sei zwar selten geschlagen worden, mußte aber aufs Wort hören und sich genau an die Weisungen halten. Er habe auch als älteres Kind nie einen Widerspruch gewagt. Seine Mutter habe öfter versucht, ihn vor dem übermäßig strengen Vater in Schutz zu nehmen, aber sie hatte wenig Einfluß; der Vater spielte die dominierende Rolle. Es habe selten Krach zwischen den Eltern gegeben, was der Vater sagte, galt und die Mutter fügte sich. Der Vater habe sich sehr von ihr bedienen lassen. Er sei sehr exakt, genau und gründlich gewesen, konnte niemals großzügig über etwas hinweggehen. Die Mutter sei dazu eher einmal geneigt gewesen, obwohl auch sie großen Wert auf Ordnung und Pünktlichkeit legte. Trotz der strengen Erziehung gibt Herr J. an, sich zu Hause geborgen gefühlt zu haben. Auch als Erwachsener fühlte er sich noch stark an seine Eltern - besonders an den Vater - gebunden. Er wurde als Einzelkind groß. In der frühen Kindheit habe er sich dringend Geschwister gewünscht; später sei er ganz froh gewesen, mit niemanden teilen zu müssen. Mit anderen Kindern sei er im Kindergarten zusammengekommen.

Bildungsgang und weitere Entwicklung

Mit 6 Jahren wurde er eingeschult. Nach 4 Volksschuljahren kam er auf die Mittelschule. Er hätte gern die Oberschule besucht, aber das sei aus finanziellen Gründen nicht möglich gewesen. Er sei sehr ehrgeizig gewesen und es sei ihm auch immer gelungen, sich mit seinen Leistungen im oberen Drittel der Klasse zu plazieren. Er habe Angst davor gehabt, schlechte Noten nach Hause zu bringen;

der Vater drohte ihm dann damit, ihn von der Schule zu nehmen und als Knecht zum Bauern zu geben. Seine Schulaufgaben habe er immer gewissenhaft und mit Fleiß erledigt. Außer Fremdsprachen fiel ihm nichts besonders schwer. Mit den anderen Kindern sei er gut ausgekommen. An Streichen habe er alles mitgemacht, aber nie als Anführer, sondern als Mitläufer. Sein Vater habe nichts davon erfahren dürfen.

Nach Beendigung der Schulzeit trat er als Jungmann bei der Finanzverwaltung in B. ein. Er hatte hier die Möglichkeit, ohne Abitur die Inspektorenlaufbahn einzuschlagen und er war daran interessiert, so weit zu kommen, wie seine Voraussetzungen es nur irgend zuließen. Er legte später die Finanzanwärterprüfung und Inspektorenprüfung ab. Für die jeweiligen Lehrgänge habe er sehr gearbeitet, dafür aber mit seinen Prüfungsergebnissen wiederum im oberen Drittel gelegen. Mit 18 Jahren wurde Herr J. zum Arbeitsdienst einberufen. Diese Zeit habe er in schlechter Erinnerung, er sei sehr schikaniert worden. Anschliessend kam er zum Militär, zunächst bei einer Nachrichteneinheit in Breslau und Frankfurt, dann zu einer Spezialeinheit als Morsehörer in Italien. Seine Aufgabe bestand im Abhören von ausländischen Funkstationen, meist ziemlich weit hinter der Front. Das sei ihm sehr lieb gewesen, er habe keinerlei heldische Ambitionen gehabt, sondern wollte nur den Krieg heil überstehen. Nach der italienischen Kapitulation sei er nach Deutschland zurückversetzt worden. Vor dem Zusammenbruch sei er rechtzeitig getürmt, da er durch seine Funkverbindungen genau über die Lage orientiert war. Er kam für einige Monate in amerikanische Gefangenschaft und wurde im Juli 1945 entlassen.

Durch einen Kriegskameraden kam er nach G., einem Ort von 4000 Einwohnern. Dort arbeitete er zunächst auf dem Bau,

um etwas zu essen zu haben, bis er eine Anstellung beim Finanzamt in G. fand. 1951 heiratete er mit 28 Jahren eine 25-jährige Kontoristin. 1953 begann er ein eigenes Häuschen zu bauen; er habe selbst sehr viel daran mitgeschafft und sei in seiner Berufsleistung zu dieser Zeit ziemlich abgefallen. Nach Beendigung des Hausbaus habe seine Frau nicht mehr in ihrem Beruf gearbeitet, da er auf dem Standpunkt stehe, eine Frau gehöre an den Herd. 1955 wurde seine Tochter geboren. Er hätte gern noch ein zweites Kind gehabt, aber das habe bisher nicht geklappt. Sein Familienleben sei ausgesprochen harmonisch; er sei zwar der bestimmende Teil in der Ehe, aber er sei nicht so streng zu Frau und Tochter, wie sein Vater das gewesen sei. Sonntags und am Feierabend habe er oft mit der Kleinen gespielt; er lasse ihr mehr Freiheiten, als er selbst in seiner Kindheit gehabt habe.

Sonst habe er sich in gesunden Zeiten gern mit Gartenarbeit beschäftigt. Sein zweites Hobby sei das Fußballspiel.

Intelligenz- und Leistungsbereich

Mit einem Gesamt-IQ von 95 nach Hawie erreicht Herr J. knapp den Durchschnittswert. Dabei besteht mit 21 WP eine außerordentlich hohe Diskrepanz zwischen den Leistungen im Verbalteil (IQ = 106) und im Handlungsteil (IQ = 85). Sie erklärt sich einmal aus einer depressiven Leistungshemmung, die zu einer höheren Funktionseinbuße in den theoretisch - verbalen als in den praktischen Fähigkeiten führt. Zum andern übt Herr J. einen Beruf mit schriftlich-verbaler Tätigkeit aus, der keinerlei Umgang mit praktisch zu bewältigenden Aufgaben abverlangt.

Er zeigt sich aufgeschlossen für allgemein zugängliche Erfahrungen. Er vermag im Alltagsbereich vernünftige

Entscheidungen zu treffen, verfügt außerdem über klare Begriffe und vermag logisch-anschauliche Denkabläufe zu vollziehen.

Seine beste Untertestleistung erzielt er im Zahlen-nachsprechen, d.h. er verfügt über eine überdurchschnittlich gute Merkfähigkeit. Diese bietet ihm die Möglichkeit, manche intellektuelle Lücke durch Fleiß und Aufmerksamkeit zu überspielen.

Während kurzzeitige Konzentration durchaus aufgebracht wird, gelingt die längere Hinwendung auf eine Aufgabe nur mühsam. - Es zeigt sich eine gewisse assoziative Unbeweglichkeit und mangelnde Umstellfähigkeit. Es bestehen Schwierigkeiten im Auffassen und Kombinieren von Konfigurationen; er besitzt nur geringe anschauliche Vorstellungsgabe, er vermag nicht, aus Einzelelementen das Konzept einer übergeordneten Gesamtheit zu entwickeln. Er zeigt sich zwar bemüht, alle Aufgaben befriedigend zu lösen; kämpft aber bei praktischen Anforderungen mit großen Schwierigkeiten. Er hat keinen Überblick, keinen Plan, geht unsystematisch nach Versuch und Irrtum vor, erlahmt schnell in der Aufmerksamkeit und wird langsam und umständlich. Jedoch beklagt er sich niemals über die abgeforderte Anstrengung.

Emotionalität und Dynamik

Herr J. erlebt sich in seinem derzeitigen Zustand einer Flut von negativen Gefühlen ausgesetzt; er leidet an seiner Lust- und Interesselosigkeit, Müdigkeit, Schlappheit, Niedergeschlagenheit; an körperlich unangenehmen Sensationen wie Brechreiz und Hand- und Fußtremor nach Aufregung, Herzklopfen, Wallungen, Aufstoßen, übermäßige Geräuschempfindlichkeit. Er macht sich Sorgen über alle möglichen Alltäglichkeiten, hegt zeitweise Selbstmordgedanken, grübelt über das Unrecht in der Welt; er hat Angst,

nichts wissen zu können, alles falsch zu machen, Wichtiges zu übersehen. Er ist voller Mißtrauen gegen andere ("Sagen Sie jetzt meinem Chef, daß ich ein ganz unmöglicher Mensch bin?").

Aber auch in gesunden Zeiten sei er schon immer ängstlich und ausgesprochen pessimistisch eingestellt gewesen. Wenn etwas Neues auf ihn zukam, sei er jeweils überzeugt gewesen, es werde alles schief gehen; auch bei Gesprächen mit Kollegen über politische Themen sei er jedesmal der Schwarzseher gewesen. Er ist von vielerlei Unsicherheits- und Unterlegenheitsgefühlen beherrscht. Auffällig ist seine in allen möglichen Situationen wiederkehrende Sorge, etwas falsch zu machen. Er ist außerordentlich bedacht auf Prestige und soziale Wertschätzung; er möchte nichts riskieren, womit er sich diese verscherzen könnte. So wie er als Kind seinem Vater durch Gehorsam genehm sein wollte, möchte er nun durch "richtiges" Verhalten in der Gesellschaft Anerkennung und Billigung finden. Selbständigkeit und unabhängiges Urteil sind daher keine erstrebenswerten Ziele für ihn. Sein Selbstwertgefühl ist ständig bedroht von der Mißbilligung anderer.

Unangenehme Erfahrungen hängen ihm lange nach; er wagt niemals, nach außenhin aggressiv zu reagieren; er neigt eher zu Selbsttadel und Schuldgefühlen. Er habe gar kein "dickes Fell".

Geselligen Umgang pflegt er von jeher nur wenig. Er hat zwar eine starke Bindung an seine Familie, aber im übrigen nur noch zu einem früheren Kriegskameraden näheren Kontakt. Bei seinen Kollegen sei er beliebt, mache auch mal ein Kartenspiel mit ihnen, sei aber sonst an freundschaftlichen Beziehungen nicht interessiert, er habe genug an seiner Familie.

Er ist bestrebt, in keiner Weise aufzufallen, sich möglichst so durchzulavieren, daß er keinen Anstoß erregt und trotzdem sein Schäfchen ins Trockene bringt. "Ich

schwamm immer so im Strom mit". Seine Devise ist, sich nicht zu exponieren, keine Angriffsfläche zu bieten. Er gestattet sich nicht die mindeste Spontaneität, ist bar jeglicher Phantasie, dafür voller Pflichteifer, übermäßiger Gewissenhaftigkeit und Pedanterie, fast bis an die Grenze des Anankastischen. Er ist ausgesprochen ehrgeizig, verfolgt mit Fleiß und Ausdauer seine Ziele, die sich durchaus in adäquatem Rahmen bewegen; er weiß mit gutem Realitätssinn um seine Möglichkeiten und Grenzen.

Frau K. B., geboren 1924 Kr. Nr. 1146/63

Äußere Erscheinung, allgemeines Verhalten

Die 39-jährige Frau B. ist von kleiner Gestalt, etwas untersetzt und vollschlank. Die Gesichtshaut ist blaß, die Augen stark haloniert. Sie ist einfach, sauber und schlicht gekleidet. Die Haltung ist normal aufrecht, die Motorik meist ruhig, der Gang etwas schleppend und müde, die Gestik sparsam. Ihr Gesicht nimmt häufig einen leidenden Ausdruck an, sie weint öfter während der Untersuchung. Die Sprache ist leise, matt, manchmal weinerlich, das Sprechtempo langsam, die Ausdrucksweise einfach, teilweise unbeholfen. Im Auftreten ist Frau B. bescheiden, fast zaghaft. Die Kontaktaufnahme zu ihr gelingt leicht, sie zeigt sich in zurückhaltender Art freundlich, zugänglich und entgegenkommend.

Heredität, biologische Entwicklung, Krankheitsverlauf

Frau B. stammt angeblich aus einer geistesgesunden Familie. Die Kleinkinderentwicklung verlief normal. Sie sei zwar nie besonders kräftig gewesen, habe aber außer Masern keine Krankheiten durchgemacht.

Die Menarche trat im Alter von 16 Jahren auf, die Blutungen seien stark und mit Schmerzen verbunden gewesen, die Menses hätten sie immer schwer beeinträchtigt. Nach dem ersten Kind seien keine Unterleibsbeschwerden mehr bei der Periode aufgetreten, dafür häufig Kopfschmerzen.

Frau B. hatte drei normale Geburten und eine Fehlgeburt. Vor 4 Jahren trat zum ersten Mal eine depressive Verstimmung auf, die zur Zeit der Menses begann. Sie geriet in einen Zustand hochgradiger innerer Unruhe mit allgemeiner nervöser Erregbarkeitssteigerung und unbestimmten Angstepfindungen. Sie fühlte sich körperlich erschöpft

und außerstande, ihrer gewohnten Hausarbeit nachzugehen. Hinzu kamen Würge- und Brechreizempfindungen, Schlafstörungen, Appetitlosigkeit. Frau B. schilderte, daß sich die Angst wie eine Zentnerlast auf sie legte, es sei eine schwere Bedrückung, als wenn sich Herz und Brust zusammenzügen. Wovor sie Angst habe, könne sie nicht sagen. Sie sei überzeugt, daß es immer mehr mit ihr bergab gehe, der Herrgott könne sie nicht mehr annehmen. Frau B. wurde 1959 einige Wochen in der Nerven-klinik in M. behandelt. Zur Neuaufnahme kam es im Januar 1963. Sie litt erneut an einem Verstimmungszustand mit Neigung zu häufigem Weinen, Äußerungen von Lebensüberdruß, Suicidgedanken und Versündigungsvorstellungen. Im somatischen Bereich klagte sie über Obstipation, Schmerzen in Schultern und Kreuzbein, Gleichgewichtsstörungen, Schlafstörungen, häufigen Kopfschmerzen, völlige sexuelle Inappetenz. Die stationäre Behandlung dauerte 6 Wochen.

Die 3. Aufnahme in die Nervenklinik erfolgte am 25. September 1963. (Hier eigene Anamneseerhebung). Frau B. gibt an, daß sie seit Beginn ihrer Krankheit vor 4 Jahren nie wieder richtig "hochgekommen" sei. Es habe wohl bessere und schlechtere Zeiten gegeben, jedoch richtig gesund und froh wie andere Menschen habe sie sich seither nicht mehr gefühlt. Besonders unerträglich sei der Verstimmungszustand jeweils zur Zeit der Periode gewesen, die Welt habe dann grau in grau ausgesehen und sie habe sich bemüht, diese Tage möglichst zu verschlafen. Auch die jetzige Depression nahm ihren Ausgang von der letzten Periode vor dreieinhalb Wochen, seitdem quäle sie sich wieder besonders schlimm. Die Niedergeschlagenheit "kommt angeschlichen und fällt auf mich". Die Arbeit gehe ihr nicht von der Hand, sie wolle immer und könne dann nicht, fühle sich zerschlagen und schwer

krank, außerdem habe sie Kreuz- und starke Kopfschmerzen. Wenn sie gewaltmäßig versuche, sich zusammenzureißen, überkomme sie die Angst, es könne ihr etwas zustoßen, sie würde sich gesundheitlich übernehmen. Oft "krampft sich alles zusammen, vom Herzen bis zum Hals hinauf und es kommt die Angst". Auf jede geringste Anstrengung folge ein Schweißausbruch. Alles gehe über ihre Kraft, schon das morgendliche Waschen und Anziehen würde ihr zuviel. Appetit habe sie keinen, sie müsse sich zum Essen zwingen und ihr werde oft übel davon; morgens trete öfters Brechreiz auf. Auch der Schlaf sei schlecht, sie schrecke häufig nachts hoch und könne dann nicht wieder einschlafen. Sie lasse dann das Licht brennen, das beruhige sie. Sie werde häufig von schlechten Träumen gequält; so träumte sie in der vergangenen Nacht, ihr kleiner Sohn sei ertrunken und ihr Mann holte ihn aus dem Wasser.

Neben den Menses wirkten auch Witterungsumschläge stark beeinträchtigend auf ihre Stimmungslage. Am unerträglichsten sei ihr Zustand morgens, abends "hebt sich der Körper". Im Unterschied zu früheren depressiven Phasen stehe jetzt die seelische Bedrückung vor der körperlichen Unruhe im Vordergrund. Das Leben werde ihr entsetzlich schwer, sie sei alles leid. Nicht einmal ihre Kinder, an denen sie sehr hänge, möge sie um sich haben, lieber sei sie allein. Der sexuelle Kontakt zum Mann sei ihr unerwünscht. Frau B. bringt unter Tränen ihre Befürchtungen vor, daß sie nicht mehr lange lebe und ihre Kinder dann unversorgt blieben, daß sie jetzt ihren Angehörigen zur Last fallen müsse. Sie fresse ständig alles in sich hinein, was sie bewege, und sie habe schon früher gefürchtet, "daß platzt einmal und ich werde krank".

Sie betont jedoch im Verlaufe der Exploration immer wieder, daß sie eigentlich keinen Grund zu so großer Niedergeschlagenheit habe. Ihr Mann sei verständnisvoll und freund-

lich zu ihr, die Kinder gesund und gut erzogen und finanziell habe die Familie keine Sorgen. Sie wisse nicht, warum eine so große Last auf ihr liege.

soziale und pädagogische Situation im Elternhaus

Frau B. wurde am 26.4.1924 in N. geboren. Der Vater arbeitete als Stellwerkbeamter bei der Bahn und betrieb nebenher eine kleine Landwirtschaft, in der auch die Mutter viel mitarbeitete. Die Eltern seien gesund gewesen und hätten immer hart geschafft, um der Familie ein hinreichendes Auskommen zu sichern. Finanzielle Not habe nie geherrscht. Der Vater habe weder geraucht noch getrunken und sei mit der Sorge für die Angehörigen ausgefüllt gewesen. Er sei sehr zurückhaltend und sanft gewesen, habe sich viel um seine Kinder gekümmert und sei nur selten böse gewesen. Den Ton in der Familie habe die etwas lebhaftere Mutter angegeben, sie teilte auch das Geld ein, das der Vater nach Hause brachte. Die Ehe der Eltern sei harmonisch gewesen, es habe selten ein lautes Wort gegeben. Engste Vertraute waren für die Patientin jedoch nicht die Eltern, sondern eine Schwester der Mutter, die mit im Haushalt lebte. Diese Tante habe wegen eines Fußleidens kaum laufen können und ihre Zeit mit Nähen zugebracht. Sie sei sehr liebevoll und geduldig gewesen und hatte viel mehr Muße, sich um die Kinder zu kümmern, als die mit Arbeit überlasteten Eltern. Frau B. ging mit ihren Nöten stets zur Tante, erhielt von dieser auch mit 15 Jahren ihre sexuelle Aufklärung. Sie habe sich oft zur Tante hingezogen und mit ihr zusammen genäht oder sich in Handarbeiten unterweisen lassen, das sei ihre liebste Beschäftigung gewesen.

An Geschwistern hatte Frau B. nur eine um 4 Jahre ältere Schwester, die wesentlich robuster und energischer als sie selbst sei.

Die Schwester habe sich regelmäßig durchgesetzt, wollte immer Recht behalten und der jüngeren befehlen. Sie habe stets nachgegeben, die Mutter habe ihr gesagt: "Sei still, einer muß doch schweigen." Sie sei kein kräftiges Kind gewesen, habe schlecht gegessen und die Mutter habe dafür gesorgt, daß ihr die leichteren Arbeiten in der Landwirtschaft zugeteilt wurden, da sie schonungsbedürftig gewesen sei. Sie sei empfindlich und ängstlich gewesen, habe sich nie viel an Aufgaben zugetraut. Sie sei aber immer fleißig und sehr folgsam gewesen, habe im Gegensatz zur Schwester niemals Schläge bekommen. Die Mutter habe gesagt: "Bei dir brauch' ich nur einmal etwas zu sagen, wo ich die andere dreimal auffordern muß."

Bildungsgang und weitere Entwicklung

Mit 6 Jahren kam Frau B. in die 2-klassige Volksschule (1. - 4. und 5. - 8. Schuljahr jeweils zusammen unterrichtet) von N. Sie sei gerne dorthin gegangen und mit Lehrern und Schulkameraden gut ausgekommen. Sie habe bei allen Spielen mitgemacht, sie sei gut gelitten gewesen, habe aber nie den Ton angegeben, sondern sich den anderen untergeordnet.

Ihre Lieblingsfächer seien Handarbeit, Erdkunde und Zeichnen gewesen, gar nicht mochte sie Lesen. Die besten Noten bekam sie im Betragen, Aufmerksamkeit, Fleiß (sehr gut). Sie durchlief die Klassen regelrecht und verließ mit 14 Jahren die Schule. Sie absolvierte dann ihr Pflichtjahr bei einem Großbauern, den die Mutter bat, die Tochter nicht zu überlasten, da sie nicht kräftig wäre. Sie sei aber immer pünktlich und fleißig gewesen und der Bauer war mit ihr zufrieden. Anschliessend besuchte sie für eineinhalb Jahre eine Haushaltungsschule in M., wo sie Nähen lernte. Sie wäre gerne Schneiderin geworden, wurde

aber mit 18 Jahren kriegsverpflichtet und bei der Reichsbahn in ihrem Heimatort als Telegrafistin eingesetzt. Im Anfang sei sie sehr ängstlich gewesen, ob sie dieser Aufgabe gewachsen sei. Ihre Umgebung sei aber sehr freundlich gewesen, niemand habe mit ihr geschimpft und so habe sie das Morsen dann doch gelernt. "Ich machte mich immer vor mir selbst bange".

Der Krieg brachte keine besonderen Erschütterungen für sie; bis 1947 blieb sie bei der Bahn, arbeitete dann 1 Jahr beim Pfarrer des Ortes als Hausangestellte und heiratete 1948 mit 24 Jahren.

Sie hatte ihren gleichaltrigen Mann bereits im Alter von 16 Jahren kennen gelernt und sich 2 Jahre später mit ihm verlobt. Zu einer früheren Heirat sei es deshalb nicht gekommen, weil ihr Mann nach Arbeitsdienst, Wehrmachtsdienst und Gefangenschaft erst 1948 nach Hause zurückkehrte. Sie habe nie andere Freunde gehabt und das auch nicht bereut. Intimen Kontakt habe sie zu ihrem Mann erst nach der Heirat aufgenommen. Die sexuellen Beziehungen seien ihr nicht unangenehm gewesen, sie habe sie aber nie unbedingt gebraucht. Wenn es nicht war, sei es auch gut gewesen. Jetzt während der Krankheit sei der sexuelle Kontakt allerdings ausgesprochen unerwünscht.

Nach der Heirat zog sie in den von N. 7 km entfernten Nachbarort B. in das Haus der Schwiegereltern. Dort fühlte sie sich ausgesprochen unwohl, die Atmosphäre sei kühl und unfreundlich gewesen. Die Schwiegermutter sei herrisch gewesen, der Schwiegervater grob und deftig, beide seien kleinlich und geizig gewesen. Sie habe schreckliches Heimweh gehabt und über lange Jahre jeden Morgen an Brechreiz gelitten. Der Mann habe immer zu ihr gehalten und sie immer getröstet, wenn er abends von der Arbeit kam.

Heutige Situation

Frau B. lebt auch heute noch in B. in gesicherten Verhältnissen. Ihr Mann ist Angestellter bei der Bundesbahn und genießt als Mitglied der Gemeindevertretung und des Elternbeirates gutes Ansehen im Ort. Die Ehe sei im Ganzen gut, sie würde ihren Mann heute noch einmal heiraten. Er sei kräftiger als sie und habe ein dickeres Fell, nehme sich nicht alles so zu Herzen wie sie. Er führe kein strenges Regiment im Hause, aber was er anordne, werde getan. Sie füge sich da immer unter seinen Willen. Streit gäbe es nicht. Frau B. hat eine 14-jährige Tochter und zwei Söhne im Alter von 12 und 7 Jahren. Alle drei Kinder seien ihr gleich lieb. Die Familienatmosphäre sei gut und im Grunde fehle es ihr an nichts.

Der gesellige Umgang von Frau B. ist sehr begrenzt, hin und wieder komme einmal ein Arbeitskollege des Mannes zu Besuch. Auch zu den Nachbarn habe sie keinen besonderen Kontakt, sie halte sich immer sehr zurück, komme aber mit jedem aus. In der Freizeit handarbeite sie meist, während ihr Mann das Fernsehen bevorzuge. Sonntags macht sie gern größere Spaziergänge mit der Familie.

Intelligenz- und Leistungsbereich

Frau B. zeigt sich durchaus willig und bereit, die ihr in der Testsituation übertragenen Aufgaben so gut wie möglich zu erfüllen. Ihr Verhalten ist allgemein gekennzeichnet durch das Bestreben, den an sie gestellten Anforderungen zu genügen. Sie äußert niemals Widerwillen oder Unmut. Das ist umso höher einzuschätzen, als ihr oftmals die Aufgabenlösung keineswegs zufällt, sie muß sich ausgesprochen darum bemühen. Das Begreifen der Testinstruktionen nimmt überdurchschnittlich viel Zeit in Anspruch. Frau B. zeigt wenig Überblick und Wendigkeit,

sie geht meist probierend vor, etwas umständlich und schwerfällig. Schon die rein motorische Beweglichkeit ist gegenüber der Norm stark herabgesetzt. Der Arbeitsverlauf unterliegt gewissen Schwankungen, die Konzentration ist relativ regelmäßig, das Arbeitstempo schleppen und zähflüssig bei allen Aufgaben. Jedoch erweist sich Frau B. als sehr ausdauernd und beharrlich, sie bricht ihre Arbeit keinmal vor Beendigung ab und ist auf sorgfältige, geradezu penible Ausführung bedacht.

Ihr intellektuelles Niveau ist mit einem IQ von 71 (Hawie) als niedrig anzusprechen. Die theoretisch-verbale Leistungen sind dabei noch geringer ausgeprägt, als die des Handlungsteils, die zusätzlich eine gewisse manuelle Aktivität erfordern (IQ-Verbalteil = 66, Handlungsteil IQ = 80).

Eine annähernd durchschnittliche Leistung zeigt Frau B. im Mosaik-Test. Sie erfaßt hier Konfigurationen und vermag die Wahrnehmung mit der visuell-motorischen Organisation abzuschätzen. Für diese Aufgabe bringt sie merkliches Interesse und Geduld auf. Es soll dabei nicht vergessen werden, daß Frau B. mit Vorliebe stickt und handarbeitet und damit für das Mosaiklegen eine gewisse Übung und Wendigkeit mitbrachte.

Alle übrigen Subtestleistungen liegen so weit unter dem Durchschnitt, daß sie kaum zu differenzieren sein dürften. Die sprachliche Ausdrucksfähigkeit von Frau B. ist nicht sehr reichhaltig, sie weiß sich aber im wesentlichen durchaus verständlich zu machen. Die Satzkonstruktion ist einfach, das Vokabular gleichförmig. Auf gezielte Fragen gibt sie zutreffende Antworten.

Emotionalität und Dynamik

Die Grundstimmung von Frau B. ist gedrückt und traurig. (Exploration, TAT, Ausdruck). Sie ist im Wesentlichen

von negativen Gefühlen beherrscht, denen sie wiederholt in klagender Weise und häufig weinend Ausdruck verleiht. Die geringsten Alltäglichkeiten erscheinen ihr in der Krankheit als unüberwindlicher Berg. Jedoch war sie auch in gesunden Zeiten wenig draufgängerisch; sie sei ein ängstliches Kind gewesen und habe sich auch später nie sonderlich viel zugetraut, neue Aufgaben machten sie leicht mutlos.

Frau B. reagiert wenig nach außen; sie neigt dazu, alles in sich hinein zu fressen, was sie bewegt. Jedes Ereignis wird schwer genommen und klingt lange in ihr nach, ehe sie damit fertig geworden ist. Sie sei seelisch noch nie sehr robust und widerstandsfähig gewesen, vielmehr empfindlich und leicht anrührbar.

Frau B. ist nicht sehr durchsetzungsfähig. Sie war erfolgreich damit, ein folgsames Kind zu sein und übernahm auch später immer lieber die Anweisungen anderer, als daß sie selbst die Initiative ergriff. Es ist ihr lieber, schwierigen Situationen aus dem Weg zu gehen, als sie aktiv zu bewältigen.

Jedoch erledigt sie in gesunden Tagen die Pflichten, die ihr in Haushalt und Familie obliegen, mit Sorgfalt, Ausdauer und Geduld. Wenn sie nicht mit besonderen Wünschen überfallen und unter Zeitdruck gesetzt wird, läßt sie niemals eine Arbeit angefangen liegen. Sie ist strengstens auf Ordnung und Genauigkeit bedacht, alle Dinge müssen an ihrem Ort sein, nichts darf unsauber herumliegen. Sie bezeichnet sich selbst als sehr penibel. Zu Beginn ihrer jetzigen Krankheit klebte sie die zahllosen Splitter eines zu Boden gefallenen Porzellangesäßes wieder zusammen. Sie kam lange nicht darüber hinweg, daß ihr dieses Mißgeschick passiert war. Auch im sozialen Bereich verhält sich Frau B. ausgesprochen zurückhaltend. Sie pflegt seit jeher nur wenig Gesellig-

keit und hat auch zu ihren Nachbarn keinen näheren Kontakt. Dabei steht sie anderen Menschen durchaus nicht feindlich gegenüber, sie fühlt sich nur einfach wohler, wenn sie still und zurückgezogen leben kann. Soweit sie mit anderen in Berührung kommt, verhält sie sich gutmütig-freundlich. Sie möchte ihre Umgebung möglichst wenig belästigen, nirgendwo anecken. Sie gibt lieber nach, als daß sie Streitigkeiten provoziert, selbst wenn sie sich im Recht glaubt. Frau B. betont, daß sie im Grunde genommen keinen Anlaß zur Traurigkeit hat, daß sie eigentlich alles besitzt, was sie sich wünscht. Sie fühlt sich von der Depression einfach überfallen.

Gruppe B

Frau M. W., geboren 1906 Kr. Nr. 524/63

Äußere Erscheinung, allgemeines Verhalten

Die 57-jährige Frau W. ist klein, vollschlank, sieht relativ jugendlich und gut erhalten aus. Das Gesicht ist weich in den Zügen und wenig faltig.

Frau W. macht im allgemeinen einen recht gepflegten Eindruck; die Fingernägel sind gut manikürt und lackiert, für das Gesicht benutzt sie ein dezentes make-up, die Kleidung ist hübsch und geschmackvoll (zum Teil selbst genäht).

Frau W. hält sich aufrecht und ungezwungen, die Bewegungen sind fließend. Bei Aufgaben, die etwas Anstrengung verlangen, zittert sie mit den Händen. Die Gestik ist natürlich, adäquat. Sie spricht mittellaut, im Tonfall weich und ganz melodisch. Nicht ungewandt in der Ausdrucksweise.

Frau W. gibt sich im Auftreten bescheiden und liebenswürdig, freundlich und höflich in der Zuwendung. An der Herstellung eines guten Kontakts ist ihr offensichtlich gelegen.

Sie weint während der Exploration oft und viel.

Heredität, biologische Entwicklung, Krankheitsverlauf

Der Vater von Frau W. starb mit 80 Jahren an Altersschwäche, die Mutter 48-jährig an Lungenentzündung, ein Bruder in jüngeren Jahren an einem rheumatischen Herzleiden. Ein weiterer Bruder habe mehrere Jahre an "Anfällen" gelitten, die mit einem Hitzschlag zusammenhängen sollen. Er sei jetzt aber schon lange anfallsfrei. Ein anderer Bruder leide seit einer Kriegsverletzung an

"Absencen". Die älteste Schwester sei mit 55 Jahren an Leberkrebs verstorben, sie habe sich außerdem mit schwerem Asthma herumgeschlagen.

Der Vater sei früher häufig von starken Kopfschmerzen geplagt worden, ebenso eine Cousine und ein Bruder, bei dem dies jedoch auf eine Stirnhöhlenvereiterung zurückgeführt wurde.

Frau W. selbst machte als Kind Brechdurchfall, Rhachitis (ohne ersichtliche Folgen), Grippe, Mundfäule, Lungenentzündung, Tonsillektomie und zahlreiche andere Kinderkrankheiten durch, an die sie sich aber im einzelnen nicht mehr erinnere.

Im Alter von 7 Jahren sei sie beim Spielen von einer Mauer gestürzt und längere Zeit bewußtlos gewesen. Anschließend habe sie für ein halbes Jahr die Schule nicht besuchen dürfen. Nähere Einzelheiten kann sie dazu nicht mehr angeben.

Mit 28 Jahren steckte sie sich an Tripper an, der über Monate unbehandelt verschleppt wurde und zu bleibender Sterilität führte. 1936 Scharlach, 1955 Entfernung eines Cervixpolypen, 1959 Gallenblasenoperation wegen eines Steinleidens. Bei dieser Gelegenheit wurden röntgenologisch Ulcusnarben im Duodenum gefunden. Es seien vor und nach der Gallenoperation öfter Magenbeschwerden aufgetreten, sie habe jeweils zu Hause eine Rollkur durchgeführt. 1960 Hallux valgus-Operation beiderseits. Seit ihrem 21. Lebensjahr leidet Frau W. an sogenannten Schnupfenanfällen, die ganz plötzlich aufträten. Dabei schmerzten die Augen, sie bekomme Kopfschmerzen und die Nase beginne derartig zu laufen, daß sie eine Binde davor legen müsse. Sie fühle sich elend und müsse zu Bett gehen, "das Wasser rollt dann in den Rachen." Abends zucke das Gesicht, sie könne nicht schlafen, es würde so schlimm, daß sie glaube, den Verstand zu verlieren. Nach etwa zwei Tagen höre eine solche Attacke wie

abgeschnitten auf, sie sei dann völlig erschöpft und erschlagen. Sie leide seit ihrer Jungmädchenzeit auch an häufig auftretenden Kopfschmerzen, die in den letzten Jahren unerträgliche Ausmaße angenommen hätten und mit Augendruck und Körperzittern verbunden seien. Ihre Augen sähen dann immer ganz anders aus, ihr Gesicht sei völlig verändert und sie erschrecke vor sich selbst im Spiegel. Sie komme sich 10 Jahre älter vor; ihr Anblick gleiche dem ihrer verstorbenen Schwester, als sie im Sarg lag. Vor einem Jahr trat eine neue Art von "Anfällen" auf; sie werden von Frau W. als "Wackelkontakte" bezeichnet. Der erste Anfall ereignete sich bei einem Spaziergang mit Freundinnen. "Ich spürte etwas Elektrisches im Körper und hatte das Gefühl, ich könnte nicht mehr stehen." Kurz darauf sei sie bei der Beerdigung einer Freundin richtig getaumelt, sie habe Angst gehabt, auf den Sarg ins Loch zu fallen. Bei den nächsten Malen sei sie wirklich umgekippt. Manchmal trete vorher Brechreiz auf oder ein Taumelgefühl, aber es komme auch zu ganz plötzlichem Umfallen.

Wegen dieser Anfälle wird Frau W. von ihrer Hausärztin zur stationären Beobachtung im April 1963 in die Nerven-klinik in M. eingewiesen. Frau W. verletzt sich niemals ernstlich beim Hinfallen, kein Bewußtseinsverlust. Die "Anfälle" sind auslösbar, wenn Patientin aufgefordert wird, mit geschlossenen Augen auf den Untersucher zuzugehen. Außerdem habe sie seit einem Jahr Herzklopfen und stechende Herzschmerzen.

Menarche mit 14 - 15 Jahren; Periode stark, regelmäßig; mit Kopfschmerzen und praemenstrueller Verstimmung einhergehend. Menopause seit 11 Jahren, angeblich keine klimaterischen Beschwerden.

Soziale und pädagogische Situation im Elternhaus

Frau W. wurde als 5. von 7 Kindern 1906 in M. geboren und

wuchs auch dort auf. Der Vater besaß ein Polster- und Dekorationsgeschäft mit 4 Gesellen und 3 Lehrjungen. Die wirtschaftliche Situation sei trotz des umfänglichen Haushalts meist zufriedenstellend gewesen. Die Eltern seien für ihre persönlichen Bedürfnisse sehr anspruchslos gewesen, sie hätten hauptsächlich für das Wohlergehen der Kinder gearbeitet.

Es habe immer sehr viel zu tun gegeben, jedes der Kinder hatte neben den Schulaufgaben bestimmte Pflichten zu erfüllen. Die Mutter arbeitete außer im Haushalt noch im Geschäft mit, sie habe nie Zeit gehabt, sich viel mit den Kindern zu beschäftigen und mit ihnen zu spielen. Frau W. beschreibt sie als eine temperamentvolle, energische, etwas harte Frau, die leicht reizbar und aufgeregt gewesen sei und öfter einmal mit Hieben gestraft, geschimpft und harte Worte gebraucht hätte. Ihre Anordnungen seien sehr bestimmt gewesen; besonderen Wert legte sie auf Sauberkeit und Ordnung, sie sei außerordentlich penibel und gewissenhaft gewesen. In allen Dingen hatte sie eher das Heft in der Hand, als der Vater.

Im Ganzen äußert sich Frau W. ablehnend über ihre Mutter. Sie habe sich auch sehr geängstigt, als die Mutter einmal sagte, sie wolle weggehen und die Familie allein lassen oder als sie auf dem Friedhof gezeigt habe, wo sie bald begraben sein wolle.

Mit ihren Sorgen und Nöten ist Frau W. viel lieber zum Vater gegangen, der unendlich liebevoll und gütig gewesen sei. Er habe sich auch, soweit sein ausgefüllter Arbeitstag das zuließ, mit den Kindern befaßt und immer Verständnis für ihre Probleme gezeigt. Er teilte nie Schläge aus und zog ein Kind nicht in Gegenwart anderer zur Rechenschaft.

Der Vater sei überall beliebt gewesen, stets freundlich, menschenzugewandt und gastfrei. Die Kunden hätten seine

Gutmütigkeit oft ausgenutzt und ihre Rechnungen nicht bezahlt. Es sei ihm dann unmöglich gewesen, seine Forderungen durchzusetzen; lieber hätte er etwas verschenkt, als hinter dem Geld herzulaufen. Die Mutter sei da wesentlich bestimmter gewesen, sie hätte die säumigen Kunden gemahnt und die ausstehenden Rechnungen eingetrieben.

Frau W. schildert ihren Vater enthusiastisch "als viel zu gut für diese Welt". Sie habe ihn über alles geliebt, er strahlte viel mehr Wärme aus, als die Mutter, sei auch immer ausgeglichen und heiter gewesen. Er habe seine Kinder in allen Dingen zur Wahrheit erzogen, eine Lüge sei bei ihm das schlimmste Vergehen gewesen. Zwistigkeiten zwischen den Eltern gab es selten, sie hätten sich in ihrem Temperament recht gut ergänzt. Mit den 6 Geschwistern, 1 ältere Schwester, 4 ältere Brüder, 1 jüngere Schwester, sei sie im allgemeinen gut ausgekommen. Sie sei immer nachgiebig gewesen und allen Streitigkeiten aus dem Weg gegangen, habe sich nie zur Wehr gesetzt. Am meisten hing sie an ihrer um 9 Jahre älteren Schwester, die energisch und ein wenig herrschsüchtig gewesen sei, ihr aber vieles abnahm, wobei man sich hätte durchsetzen müssen. Am wenigsten habe sie ihre jüngste Schwester gemocht, die sie als zänkisch und böseartig beschreibt. Die Mutter habe diese Schwester immer vor den anderen Geschwistern vorgezogen, habe ihr in der schlechten Kriegszeit auch mehr zu essen gegeben. Der Vater dagegen sei gerechter gewesen, habe alle Kinder gleich gehalten.

Frau W. sagt, daß sie ängstlicher als ihre Geschwister war, sie habe sich nie wehren können. Sie sei bei jedem Erwachsenen gern auf den Schoß gekrochen. Sie hatte Angst vor Tod, Dunkelheit, daß jemand hinter ihr her wäre.

Bildungsgang

Mit 6 Jahren kam sie zur Volksschule. Das Lernen sei ihr von Anbeginn schwerer gefallen, als ihren Geschwistern. Sie habe immer große Mühe gehabt, sich zu konzentrieren. Ihre Aufgaben mußte sie allein machen, die Eltern hatten keine Zeit, ihr zu helfen. Die Zeugnisse seien meist befriedigend gewesen (Deutsch und Rechnen gut, Zeichnen und Erdkunde mangelhaft, Handarbeit sehr gut). Ihr unbeliebtestes Fach sei Erdkunde gewesen, weil man da habe vorkommen müssen, um an der Landkarte etwas zu zeigen. Wenn sie aus der Masse vorgerufen wurde, sei sie ängstlich und unkonzentriert gewesen und habe dann im Moment gar nichts gewußt. In Handarbeit dagegen sei sie die Beste gewesen. Nähen, Sticken und Stricken habe ihr immer sehr viel Freude gemacht und sie sei dazu auch sehr geschickt.

Kontakt zu anderen Kindern in der Schule habe sie leicht gefunden, aber sie sei nie tonangebend gewesen. Wie bei ihren Geschwistern sei sie auch hier jedem Streit durch Nachgeben aus dem Wege gegangen.

Als sie 13 Jahre alt war, starb ihr Mutter an einer Lungenentzündung. Dieses Erlebnis sei sehr einschneidend für sie gewesen und habe sie lange bewegt. Sie hätte sehr viel geweint in dieser Zeit. Sie habe dann den Haushalt versorgen müssen und sei nicht zur Schule zurückgekehrt; das 8. Volksschuljahr habe man ihr erlassen. Der Haushalt bestand damals aus 5 Personen, für die sie kochte, putzte, nähte. Sie habe Hilfe durch eine Waschfrau und hin und wieder durch eine Tante gehabt. Sie sei trotz ihrer Jugend mit dieser Aufgabe gut zurecht gekommen. Der Vater sei so liebevoll gewesen, daß er die Mutter noch mitersetzt habe. Als später alle Geschwister das Haus verlassen hatten, führte sie allein den Haushalt bis zu ihrer Heirat mit 28 Jahren.

Außer einem Nähkursus machte Frau W. keine Ausbildung durch. Sie habe einige Male für andere Leute genäht und sich damit etwas verdient. Sie mochte ungern Geld verlangen, wenn die Kunden nicht freiwillig bezahlten, lieber schenkte sie die Sachen her. Ihr Vater habe durchaus Verständnis dafür gehabt. Als Schneiderin wollte sie sich aber nicht ausbilden lassen. Wenn sie etwas auf Kommando tun solle, dann bekomme sie Angst und schaffe es nicht. Die Forderung, einen Auftrag bis zu einer bestimmten festgesetzten Zeit erledigen zu müssen, sei ihr unerträglich. Der Gedanke, einmal vor der Notwendigkeit zu stehen, sich selbst durchzubringen, sei ihr nie gekommen. Sie habe ja ihren Vater gehabt, später ihren Mann, und auch ihre ältere Schwester hätte sie jederzeit gern genommen.

Obwohl Frau W. ständig zu Hause lebte, fühlte sie sich niemals isoliert. Sie habe noch ihre Freundinnen aus der Schulzeit gehabt, neue auf Gesellschaften kennengelernt. Umgang mit anderen Menschen hatte sie immer, sie sei recht beliebt gewesen.

Beziehungen zum anderen Geschlecht

Die erste Beziehung zum anderen Geschlecht nahm sie mit etwa 17 Jahren auf. Sie lernte damals über ihren Bruder einen jungen Förster kennen, den sie sehr gerne gemocht habe. Die Freundschaft dauerte ein knappes Jahr, und sei dann auseinander gegangen, weil sie sich übermäßig zurückhaltend gezeigt habe. Sie habe sich kein einziges Mal küssen lassen, weil sie befürchtete, dadurch ein Kind zu empfangen. Der Förster zog sich dann zurück und wandte sich einem anderen Mädchen zu; sie sei sehr traurig darüber gewesen. Einige Zeit darauf ging sie mit einem um zwei Jahre älteren Jungen aus der Nachbarschaft aus.

Dieser habe Annäherungsversuche gemacht, sie auf eine Bank geworfen, versucht, sie auszuziehen und habe sie grün und blau gekniffen. Sie habe sich gewehrt und er sei nicht ans Ziel gekommen; das Ganze sei ihr höchst widerwärtig gewesen. Sie ging niemals wieder mit ihm aus. Mit 18 Jahren kam sie zur Tanzstunde. Sie lernte dort ihren um 2 Jahre jüngeren, zukünftigen Mann kennen. Es sei gleich eine große Liebe gewesen, aber von Anfang an mit Schwierigkeiten belastet. Ihr damaliger Freund bewachte sie eifersüchtig und ließ nicht zu, daß andere Verehrer sich ihr näherten. Er trat ihre Tanzpartner in die Hacken etc. und schlug mit derlei dummen Tricks seine Rivalen aus dem Felde. Andererseits ließ er sie auf die Aufforderung zum Schlußball bis zum letzten Tag warten, obwohl sie alle anderen Einladungen ausgeschlagen hatte. Das Fest sei ihr dadurch völlig vergällt gewesen.

Die Liebe zu ihrem zukünftigen Mann brachte ihr auch weiterhin keine ungetrübte Freude. Er sei oft zu den ausgemachten Verabredungen nicht gekommen und blieb manchmal wochenlang fort, ohne etwas von sich hören zu lassen. Über Bekannte habe sie dann erfahren, daß er mit anderen Mädchen ausging. Den Laufpass wollte sie ihm jedoch nicht geben, weil sie zu sehr an ihm gehangen habe. Sexuellen Kontakt nahm sie zu ihm trotz seines Drängens zunächst nicht auf. Ihr Vater hätte ihr gesagt, daß ein unverheiratetes Mädchen so etwas nicht tun dürfe, schon gar nicht, bevor sie mündig sei. So wartete sie bis zu ihrem 21. Lebensjahr, bis sie den intimen Verkehr zuließ. Aber auch daraufhin änderte ihr Freund sein unstetes Verhalten nicht; er sprang nach wie vor zwischendurch ab, und hatte Verhältnisse mit anderen Mädchen. Das sei damals ein furchtbarer Schock für sie gewesen, sie hätte nicht begreifen können, daß er noch zu anderen Frauen ging, nachdem er doch alles bei ihr gefunden habe. Daß er vorher

sich anderweitig das beschaffte, was sie ihm nicht gewähren wollte, habe sie zur Not noch verstanden. Aber bei dieser letzten Treulosigkeit habe sie sich ganz und gar verraten gefühlt. Nach diesem Erlebnis seien zum ersten Mal die Schnupfenanfälle aufgetreten.

Einmal blieb ihr Freund sogar ein ganzes Jahr weg, er hatte ein Verhältnis mit einem Mädchen aus G. Während dieses Jahres habe ihr ein Geselle ihres Vaters den Hof gemacht und sie auch heiraten wollen. Sie habe sich dazu aber nicht entschließen können, obwohl sie ihn recht sympathisch fand. Sie wartete immer darauf, daß ihr Freund zu ihr zurückkehren würde, sie habe ihn eben geliebt. Ihr Vater habe sie dringend vor diesem Mann gewarnt. Sie heiratete ihn, als sie 28 und er 26 Jahre alt war. Er hatte den Zeitpunkt festgelegt, weil er meinte, mit 26 sei er ein richtiger Mann und dann könne er heiraten. Sie fügte sich dieser Anordnung.

Entwicklung des ehelichen Verhältnisses

Die Ehe begann unter einem außerordentlich ungünstigen Stern. Vier Tage nach der Heirat eröffnete ihr der Mann auf der Hochzeitsreise, er habe sie wahrscheinlich mit einer Geschlechtskrankheit angesteckt (es handelte sich um Tripper), und sie müsse einen Arzt aufsuchen. Er behauptete, sich die Krankheit auf dem WC im Zug geholt zu haben. Ihr sei damals die ganze Welt zusammengestürzt, sie habe diese Gemeinheit einfach nicht fassen können und wäre vollkommen verzweifelt gewesen. Die Geschichte mit der Zugtoilette habe sie niemals geglaubt und ihrem Mann das auch gesagt; er sei aber von dieser Version nicht abgewichen. Sie weigerte sich nachdrücklich, einen Arzt aufzusuchen. Sie sei zu dieser Zeit gerade bei ihrer Schwester in S. unter lauter Verwandten gewesen und wollte

nicht Rede und Antwort stehen, warum sie zum Arzt müsse und was ihr fehle, die Schande wäre zu schrecklich gewesen. Außerdem sei es ihr unmöglich gewesen, sich an so peinlichen Regionen behandeln zu lassen. Sie unternahm also gar nichts trotz aller Beschwörungen des Mannes. Nach der Rückkehr von der verunglückten Hochzeitsreise nach M. begann sich die Krankheit zu manifestieren. Frau W. bekam starke Unterleibsbeschwerden, traute sich aber immer noch nicht zum Arzt, weil sie eine Wohnung im Hause der Schwiegereltern hatte und fürchtete, diese könnten dann eventuell alles erfahren. Die Krankheit wurde auf diese Weise um einige Wochen verschleppt bis die Beschwerden so groß waren, daß sie sich doch von ihrem Mann zum Arzt bringen ließ. Es habe dann über ein halbes Jahr gedauert, bis sie einigermaßen wiederhergestellt war. Während dieser Zeit habe sie keinen sexuellen Verkehr mit ihrem Mann gehabt, dann aber hätte sie ihm verziehen und sie wären wieder zusammen gewesen. - Die geschlechtlichen Beziehungen wären von vornherein gut gewesen. Ihr Mann sei in dieser Hinsicht auch sehr rücksichtsvoll und auf ihr Glück bedacht gewesen und sie seien beide immer zu voller Befriedigung gekommen. Der sexuelle Kontakt sei auch nach ihrer Krankheit ungestört gewesen. Durchschnittlich sei sie zwei mal in der Woche mit ihrem Mann zusammen gewesen. Das habe sich auch nicht geändert, wenn ihr Mann zwischendurch immer wieder andere Liebschaften hatte; an seinem Verhalten ihr gegenüber habe man kaum etwas bemerken können. Nur hintenherum habe sie es doch meist erfahren. Einmal fand sie in seiner Rocktasche eine Karte, die an ein weibliches Wesen adressiert war. Sie habe die Adresse aufgesucht und festgestellt, daß es sich um ein Bordell in G. handelte. Dauerhafte Beziehungen zu Frauen habe ihr Mann nicht gehabt, meist seien es kurze Gelegenheitsbegegnungen gewesen, oft im Anschluß an Trinkgelage mit Freunden.

Frau W. bekam keine Kinder, obwohl sie sich glühend welche wünschte. Sie ging daraufhin zum Arzt um die Ursache feststellen zu lassen. Man fand Verwachsungen in den Tuben und fragte sie auf den Kopf zu, ob sie an Tripper gelitten hätte. Es sei vollkommen ausgeschlossen für sie, daß sie jemals Kinder bekommen könne. Diese Eröffnung sei ein harter Schlag für sie gewesen, sie habe große Sehnsucht nach einem Kind gehabt. Sie hatte schon ein altes Kinderbettchen mit in die Ehe gebracht und hatte genaueste Vorstellungen darüber, wie sie Kinder erziehen wollte.

Sie hätte dann gern ein Kind adoptiert, aber wegen der ständigen Eheschwierigkeiten und den späteren schlechten Kriegs- und Nachkriegszeiten sei es nicht dazu gekommen.

Die Ehe verlief weiterhin unter ständigem Auf und Ab. Der Mann sprang immer wieder ab. Wenn sie es erfuhr und ihn zur Rede stellte, habe er sie jedesmal inständig um Verzeihung gebeten und beteuert, das werde niemals mehr vorkommen. Aber es änderte sich gar nichts. Nach 6 Jahren etwa sei sie völlig zerrüttet gewesen. Ihr Mann habe ihre Nerven völlig kaputt gemacht. Sie habe immer geweint, sei nachts mit einem Schrei aus dem Schlaf hochgefahren etc. Sie habe ihm damals gesagt, er richte sie ganz zu Grunde, brächte sie noch mals ins Irrenhaus. Er wüßte auch, daß er an ihrer heutigen Misere allein schuld sei. Sie habe alles satt gehabt und sich das Leben nehmen wollen. Sie hätte eine Unmenge Pillen geschluckt, teils Schlaftabletten, teils solche, von denen sie nicht wußte, wozu sie gut waren. Die Sache hätte aber nicht geklappt, sie sei nachts mit starker Übelkeit wach geworden und habe sich erbrechen müssen. Sie habe dann versucht, nochmals Tabletten zu nehmen, mußte sie aber wieder herausbrechen. Am anderen Morgen wollte sie aufstehen, fiel aber ohnmächtig um. Ihr Mann und die Schwiegereltern hätten dann gemerkt, was

geschehen wäre und einen Arzt geholt. Nach kurzer Zeit sei sie wieder gesund gewesen. Ihr Mann sei sehr betroffen gewesen, er habe sie beschworen, so etwas nicht wieder zu tun, er brauche sie doch, Aber dieses Ereignis habe ihn nicht davon abgehalten, nach einigen Monaten im alten Lebensstil fortzufahren. Daraufhin ließ sich Frau W. nach 7 Ehejahren von ihrem Mann scheiden. Er sei allein schuldig gesprochen worden, habe das auch ohne Protest akzeptiert. Er hätte ihr mehr Unterhalt bezahlt, als gesetzlich festgesetzt wurde. Sie sei dann zu ihrer älteren Schwester nach S. gegangen, habe dort im Haushalt geholfen, hübsche Kleider für ihre Nichte genäht und sei wohl gelitten gewesen. Nachdem sie einige Monate dort war, habe ihr Mann angefangen, sie mit Briefen, Geschenken, Telegrammen und Anrufen zu bombardieren. Er bestürmte sie, doch zu ihm zurückzukommen. Als sie ihren Vater einige Monate später in M. besuchte, habe sie ihn getroffen. Er habe sich außerordentlich um sie bemüht, gebettelt und gefleht, sie möge ihn doch wieder aufnehmen. Aber sie meinte, seinen guten Vorsätzen sei doch nicht zu trauen, sie hätten es ja lange genug ausprobiert. Sie fuhr nach S. zurück und lernte in der folgenden Zeit einen Bekannten ihrer Schwester kennen, der sehr sympathisch gewesen sei. Sie hätte aber kein wirkliches Interesse für ihn aufbringen können, in Gedanken sei sie doch ständig bei ihrem Mann gewesen. Sie habe viel geweint und sei sehr unglücklich gewesen, habe sich auch mehrmals mit Selbstmordgedanken getragen. Sie wollte entweder mit ihrem Mann leben oder gar nicht. Ihr Mann fuhr fort, sie mit Bitten zu bedrängen, wieder mit ihm zusammenzuleben, Wenn es ihr peinlich sei, nach M. zurückzukehren, wolle er in einer anderen Stadt eine Stelle annehmen. Er ging dann wirklich nach W. und bat sie von dort aus erneut, zu kommen. Schliesslich sei sie dann hingefahren und sie hätten wieder geheiratet, nach einem

Jahr Trennung.

Frau W. gibt an, daß das Verhältnis zu ihrem Mann von da ab wunderbar harmonisch gewesen sei. Er habe sie nicht mehr betrogen, jedenfalls hoffte sie, daß er es nicht mehr tat. Sie habe nichts Bestimmtes mehr erfahren. Nach dem Krieg- ihr Mann war nur für ein knappes Jahr kriegsverpflichtet- kehrten sie nach M. zurück, und ihr Mann übernahm die Tankstelle seiner Eltern. Finanzielle Sorgen habe sie nie gehabt.

Als ihre ältere Schwester 1953 starb, nahm sie deren 16-jährige Tochter zu sich. Sie habe sieben Jahre lang mit aller Liebe für das Mädchen gesorgt und für sie getan, was sie nur konnte. Aber sie sei ganz schrecklich von ihr enttäuscht worden. Die Nichte habe sich 1960 mit einem netten jungen Mann verlobt, begann aber dann ein Verhältnis mit ihrem verheirateten Chef, den sie nach dessen Scheidung auch heiratete. Frau W. spricht oft und äußert sich heftig über diese Affäre der Nichte, sie ist dabei auffallend stark emotional engagiert. Das Mädchen sei ihr so abscheulich vorgekommen, daß sie es am liebsten wie eine Schlange zertreten hätte. Sie habe in Erfahrung gebracht, daß die Nichte die dritte Frau ihres Chefs war, er habe vorher schon zwei Frauen mit je einem Kind sitzen gelassen. An diese verlassenen Frauen habe sie immer denken müssen, ihr eigenes Schicksal sei ihr da so deutlich wieder vor Augen getreten. Nach der furchtbaren Aufregung mit der Nichte hätten die anfallartigen Kopfschmerzattacken begonnen.

Seit Beginn des "Wackelkontaktes" vor etwa einem Jahr hätten die Schnupfenanfälle aufgehört. Dafür machten sich aber jetzt öfter asthmatische Beschwerden - wie bei ihrer älteren Schwester - bemerkbar. (Frau W. wurde einige Monate nach ihrer Entlassung aus der Nervenklinik mit Asthma in das Krankenhaus in W. eingeliefert.

Intelligenz- und Leistungsbereich

HAWIE: Gesamt-IQ = 92, entspricht der unteren Grenze des Normbereichs. Verbale Intelligenz IQ = 100, Handlungsintelligenz IQ = 85. Obwohl Frau W. durchschnittliche Fähigkeit besitzt, theoretische Denkopoperationen durchzuführen, versagt sie, wenn sich ihre Intelligenz in den praktischen Erfordernissen des Lebens bewähren soll. Sobald etwas nicht nur mit Worten, sondern praktisch zu leisten ist, fällt sie ab.

Alltägliche Situationen werden zum Teil in Richtung ängstlicher Egonzentrik bewertet, eine nüchterne, vernünftige Verarbeitung wird hier unmöglich. Durchschnittliche Merkfähigkeit. Erfassen von Beziehungen im rechnerischen und im sprachlichen Bereich relativ gut möglich. Unfähigkeit, sich sozialen Situationen gegenüber gewachsen zu zeigen und sie zu meistern. Unvermögen, Wesentliches von unwesentlichen Details zu unterscheiden. Die allgemeine Leistungsbereitschaft ist sehr gering. Frau W. ist nicht imstande, sich konzentriert einer Sache zuwenden zu können. Empfindlichkeit gegenüber Aufgaben, die eine längere Anstrengung erfordern. (Pauli, Zahlenquadrat-, Zahlensymbol-Test). Sie muß ständig zur Fortführung der Arbeit ermuntert werden. Es fällt ihr schwer, einen größeren Handlungskomplex zu überschauen. Sie vermag nur in kurzsichtiger Weise, mit einigen wenigen Elementen zu operieren. Dabei arbeitet sie jedoch sehr penibel und sorgfältig. Die Leistung wird noch dadurch vermindert, daß sie sich ständig vergewissert, ob sie alles richtig macht. Die fortgesetzte Korrektur verschlingt das Mehrfache der sonst für die Aufgaben üblichen Zeit.

Sie klagt zwischendurch immer wieder über Handzittern, Müdigkeit der Augen etc., um so die lästigen Anforderungen abzuschütteln. Ist sie von etwas gefesselt, so vergißt sie sofort das Handzittern.

Emotionalität und Dynamik

Frau W. schildert unzählige Begebenheiten, bei denen sie geweint habe und sehr verzweifelt gewesen sei. Man brauchte sie oft nur auf der Straße anzusprechen und gleich mußte sie schrecklich weinen. Sie ist extrem stark affizierbar durch relativ unwichtige äußere Gegebenheiten. Wenn sie sich teilnahmslos und müde fühlt, wisse sie manchmal auch keinen Grund dafür, die Stimmungen wechselten eben. Sie leidet an Schlaflosigkeit, leichter Erschöpfbarkeit, Kopfschmerzattacken. Sie muß viel nachgrübeln, trübe Gedanken suchen sie immer wieder heim. Ihr Gesicht im Spiegel erscheint ihr als das einer Toten. Auf der anderen Seite könnte sie sehr heiter und munter sein. Im Gegensatz zu ihrer Zurückgezogenheit in der Schulzeit würde sie heute bisweilen eine ganze Gesellschaft unterhalten. Sie sei gern mit anderen Menschen zusammen, sie brauche das. Sie könne sich auch jedem gut anpassen. Ihre Freundinnen und Bekannten freuten sich immer, wenn sie käme; es seien auch alle so "liebe, gute Menschenkinder". Als sie kürzlich eine Freundin besuchte, meinte die: "Maria, wenn Du kommst, scheint mir die Sonne ins Herz." Sie habe nie Streit mit anderen. Sie beschreibt zunächst ausnahmslos alle Menschen ihrer Umgebung als überaus liebenswert. Doch ist ihre Gefühlshaltung im Grunde sehr abivalent. Nach längeren Gesprächen werden massive Aggressionen zu Tage gefördert. (Sie möchte ihre Nichte wie eine Schlange zertreten; ihr Mann hat sie völlig zerrüttet, ist an allem schuld.)

Es dauert jeweils sehr lange, bis Frau W. auf den Kernpunkt einer Sache zu sprechen kommt, sie redet zum Teil endlos um den heißen Brei. So führt sie zuerst langatmig aus, ihr jetziger Zustand sei durch den Tod einer Freundin, eine neue Brille etc. ausgelöst. Frau W. zeigt eine große innere Unsicherheit, aus der ein starkes Sicherheitsbedürfnis

resultiert. Sie fürchtet sich vor jeglicher Übernahme von Verantwortung, sie möchte keine freie Entscheidung treffen müssen. Sie hat Angst vor allem Unruhigen, Erschreckenden, Hohen, Tiefen, sie darf nicht erschüttert werden, das halten die Nerven nicht aus. Sie vertrage nichts "Bolleriges", brauche viel Liebe. Man dürfe sie nicht hart anfassen, dann fange sie an zu zittern und könne nichts tun. Frau W. möchte von allen geliebt und geachtet werden, aber ihrerseits möglichst ohne Pflichten und Anforderungen bleiben. Alle Dinge müssen für sie gegeben und vorbereitet werden; sie selbst ist nicht imstande, aktiv etwas zu gestalten. Es besteht eine ausgesprochene Diskrepanz zwischen Leistungsmöglichkeit und aufweisbaren Leistungen. Sie wähnt sich stets im Mittelpunkt des Interesses anderer. Es nehme ihre Bekannten furchtbar mit, wenn sie ihre Anfälle bekomme; man rufe ihren Mann an, daß sie geschont werden müsse. Die Anfälle treten nur in Anwesenheit von Publikum auf. Frau W's häufigste Träume: Mein Mann will mich verlassen (häufig wiederkehrend in verschiedenen Versionen). Ein Hund springt mich an und klebt an mir. Alle Birken verneigen sich vor mir.

Epikrise

Frau W. fühlt sich krank; sie ahnt, daß einige ihrer Symptome mit psychischen Erlebnissen in Zusammenhang stehen, kann sich aber nicht davon befreien. Eine gewisse Starrheit und Unbeeinflußbarkeit der Vorstellungen über Lebensbewältigung ist ihr eigen. Sie klammert sich rigide an die moralischen Gebote des Vaters und an Ideen, die er ihr eingepflanzt hat. Davon kann sie sich nicht lösen und keine Korrektur durch eigene Erfahrungen vornehmen. Diese infantile Unselbständigkeit gibt ihr das Gefühl, für sich allein nicht existenzfähig zu sein.

Die eigene Unsicherheit und Schwäche dem Leben gegenüber wird kompensiert durch die Forderung nach Liebe um jeden Preis - diktiert aus der Furcht vor Mißbilligung und dem Wunsch nach Macht. Eine feste Position im Leben wird nicht, wie normalerweise, durch erhöhte Leistung und verstärkte eigene Bemühung angestrebt, sondern durch Mechanismen, die ihr ermöglichen, auf Kosten anderer zu leben. Besonders betroffen ist ihr Mann. Sie hat ihn sich zum gefügigen Objekt gemacht. Er trägt an allem die Schuld, hat ihre Nerven durch ständige Untreue zerrüttet, ihr eine Geschlechtskrankheit angehängt und damit Kinderlosigkeit beschert.

Sie trifft nun nicht etwa eine klare Entscheidung für oder gegen ihn. In typisch neurotischer Weise straft sie ihn mit permanenten, wechselnden Unpäßlichkeiten, mit "Krankheiten", die er verschuldet hat. Sie bindet ihn dadurch moralisch an sich, er muß sie schonen, seine Schuld abtragen. Sie hingegen wähnt sich in jeder Beziehung exculpiert, kann sich allen unangenehmen Anforderungen durch Krankheit entziehen.

Frau G.P., geboren 1905, Kr.Nr. 916/63

Aussere Erscheinung und allgemeines Verhalten

Die 58-jährige Frau P. ist knapp mittelgross (ca. 1.60 m), von schmaler, schlanker Gestalt. Ihre Erscheinung wirkt zierlich, jedoch nicht schwächlich oder hinfällig. Der allgemeine Kräftezustand ist hinreichend gut. Gekleidet ist Frau P. schlicht und wenig aufwendig. Ihre Haare sind ergraut, der Teint ist bräunlich. In dem etwas hageren Gesicht fallen ihre grossen dunklen Augen auf, deren Blick eine gewisse Unruhe verrät.

Die Motorik ist entsprechend der später zu erörternden Symptomatik, die Frau P. bietet, verkrampft und gehemmt. Gestik und Mimik sind ausgesprochen lebhaft und beweglich. Innerhalb kurzer Zeitspanne wechselt sie von lautem, der Situation nicht angepasstem Lachen zum Weinen, wenn sie ihre Schwierigkeiten und Probleme schildert. Sie spricht klar akzentuiert und schnell, mit normaler Lautstärke. Sie redet sehr viel, oft ins Detail gehend. Es bereitet einige Schwierigkeit, präzise chronologische Angaben über ihren Krankheitsablauf zu erhalten; bei wiederholten Fragen sind die Aussagen über Art und zeitliches Auftreten ihrer Symptome nicht selten divergierend.

Frau P. zeigt sich deutlich bereit, Kontakt zu ihrer Mitwelt aufzunehmen, sie empfindet es sichtlich als angenehm, wenn man sich mit ihr beschäftigt. Obwohl recht lebhaft und temperamentvoll, wirkt sie im Gesamtverhalten unsicher, dabei etwas gekünstelt und affektiert.

Heredität, biologische Entwicklung, Krankheitsverlauf

Aus der Familien-Anamnese ist erwähnenswert, dass ein Bruder des Vaters und ein Vetter von Frau P. Suicid begangen haben. Die Mutter litt an Asthma, der Vater an Platzangst. Der Bruder von Frau P. ist gesund. Ihre Kleinkindentwicklung verlief angeblich normal. Ausser

Masern und Keuchhusten habe sie keine besonderen Krankheiten durchgemacht. Sie sei zwar immer ein blasses, mageres Kind gewesen, dabei aber ausdauernd und wenig erschöpfbar. Die Beschwerden, die jetzt zur stationären Aufnahme in die Nervenklinik M. führten, begannen bereits vor 10 Jahren. 1953 fühlte Frau P. sich zum ersten Mal krank. Sie habe an Schwindel nach dem Aufstehen, Schwan-ken beim Gehen, Erbrechen und Druck im Kopf gelitten. Der Ohrenarzt habe ausserdem einen Nystagmus festgestellt und die Symptome als Menière'sche Krankheit diagnosti-ziert. Das dröhnende, schwindlige Gefühl im Kopf sei da-nach nie wieder verschwunden. 1954 seien Schmerzen im Be-reich der Brustwirbelsäule aufgetreten, diese hätten sich jedoch nur nachts bemerkbar gemacht, tagsüber habe sie nichts gespürt. Auch diese Beschwerden hätten über mehrere Jahre angehalten.

1955 seien eines Tages ganz plötzlich stechende Schmer-zen in das linke Bein eingeschossen, die sie nur im Sitzen gepeinigt hätten, nicht beim Liegen oder Laufen. Nach 3 Monaten hätten die Schmerzen nachgelassen, dafür sei ein taubes Gefühl an der betreffenden Stelle aufge-treten.

1956 sei erneut eine Attacke aufgetreten. Frau P. schil-dert sie folgendermassen: "Wir stiegen aus dem Auto und liefen ein Stück. Mir wurde ganz komisch, ich hängte mich bei meinem Bruder und meinem Mann ein. Mir wurde übel, ich bekam ein ungutes Gefühl. Ich merkte, dass ich nicht mehr gut laufen konnte. Mein Bruder sagte, er könne gar nicht mit ansehen, wie ich lief." Sie habe sich im Ur-laub nicht getraut, mit diesem Bein zu schwimmen, habe auch ihren Mann auf grösseren Ausflügen nicht begleiten können, weil sie nicht mehr so weite Strecken habe laufen können. Zudem sei sie immer sehr schnell müde gewesen, habe keinen Lärm vertragen und ein starkes Ruhebedürfnis gehabt. Diese Übelkeiten seien noch öfter wiedergekehrt, ihr sei oft tagelang hintereinander schlecht gewesen. Am liebsten hatte sie sich ganz zurückgezogen und sich zu

Bett gelegt, habe sich aber vor ihrem Mann zusammennehmen müssen.

1957 begab sich Frau P. in die Univ.-Nervenklinik Z. Sie habe endlich genau wissen wollen, was ihr fehle und woher alle Beschwerden kämen. Sie klagte in Mainz über Schwäche im linken Bein, Schmerzen und Schwäche im linken Arm, bohrende Schmerzen im Bereich der unteren Brustwirbelsäule, Rauschen im Ohr, allgemeine Mattigkeit, Schlaflosigkeit.

Ausser einer leichten Spondylose konnten in Mainz keine besonderen somatischen Befunde erhoben werden. Es wurden "nervöse Labilität" und Stimmungsausschläge nach der "unglücklich-depressiven Seite" diagnostiziert. Frau P. habe sehr viel gejammert und geweint und sei ungehalten gewesen, dass man ihr keinen somatischen Grund für ihr Leiden habe nennen können. In Mainz habe man gar nichts ernst genommen. Wieder zu Hause habe sie sich bemüht, ihrer Arbeit im Haushalt und als Heilgymnastin in der Praxis ihres Mannes nachzugehen, aber sie sei immer weniger dazu in der Lage gewesen. Sie habe sich möglichst oft zu Bett gelegt, Sonntags sei sie den ganzen Tag liegen geblieben. Sie habe ihren Mann gar nicht mehr auf seinen sonntäglichen Wandertouren begleiten können, dieser sei dann allein gegangen und habe sie verzweifelt sich selbst überlassen.

1958 sei sie so erschöpft und durchgedreht gewesen, dass sie gar nicht mehr konnte. Sie habe einen Nervenzusammenbruch erlitten, als sie während einer längeren Wandertour ihres Mannes allein zu Hause gelegen habe. Sie habe Leibschmerzen gehabt und sei unter Verdacht auf Appendicitis in ein Krankenhaus eingeliefert worden. Bei der Rückkehr habe ihr Mann sie besucht und behauptet, ihr fehle gar nichts, sie sei völlig gesund. Frau P. berichtet: "Ich bekam einen Schreianfall. Ich schrie immer, ich kann nicht, ich kann nicht mehr. Ich wollte aufstehen, da tat es einen Schlag ins Becken, ich torkelte zurück ins

Bett, ich konnte das Wasser nicht mehr halten, es ging Urin ins Bett."

Von dort aus kam Frau P. für 3 Monate in die psychiatrische Anstalt in K. Sie sei dort von einer sehr mütterlichen Ärztin betreut worden und habe sich so gut erholt, dass sie wieder längere Spaziergänge habe unternehmen können. Zu Hause seien dann binnen kurzem alle Beschwerden wiedergekehrt. Sie habe furchtbare Kreuzschmerzen bekommen und das rechte Bein sei kaum funktionsfähig gewesen, da das rechte Hüftgelenk beeinträchtigt gewesen sei. Sie sei daher kurz darauf erneut nach K. gefahren und 2 Monate dort geblieben. Sie sei sehr niedergeschlagen über ihren Zustand gewesen. Man habe in K. versucht, in die körperlichen Beschwerden auszureden, worüber sie sehr schockiert gewesen sei. Sie habe ausser den übrigen Beschwerden Krämpfe in der rechten Hand gehabt und das Gefühl, sie müsse sich unbedingt festhalten. Zu Hause stellte sich wieder der alte Zustand der Übelkeit und Kraftlosigkeit ein. Frau P. ging daraufhin zu einem Internisten, der hormonelle Störungen vermutet und ihr eine Vitaminkur verschrieben habe.

In der festen Überzeugung, eine organische Erkrankung der Muskeln oder Gelenke zu haben, ging Frau P. 1959 in die med.Univ.-klinik nach F., um sich beobachten zu lassen. Sie klagte dort ähnliche Beschwerden wie früher: sie fühle sich kraftlos, könne nicht richtig laufen. Das rechte Hüftgelenk sei so locker, dass sie keinen Halt mehr habe. Sie müsse das rechte Bein auf die Kante stellen und die Muskulatur anspannen, weil sie sonst umfalle etc. . Ausserdem habe sie das Gefühl, als fehle ihr im Leib ein Halt zwischen Becken und Oberkörper, sie drohe ständig in sich zusammenzuknicken.

Ausser einer leichten Osteoporose und Spondylose an der Lendenwirbelsäule konnte kein somatischer Befund erhoben werden. Frau P. wurde in die Universitäts-Nervenklinik in F. überwiesen und dort einer Tofranilkur un-

terzogen. Die Diagnose lautete auf "Depressive Hypochondrie". Nach der Entlassung sei es ihr unverändert schlecht gegangen, sie habe sich kaum aufrecht halten können, "das Bein hing so herum", ausserdem sei ein Druck auf dem Magen gewesen und sie habe nicht schlafen können. Im Januar 1960 ging sie wieder nach K. Die Ärztin, die sich bei ihrem vorherigen Aufenthalt so nett um sie bekümmert und sie getröstet habe, sei nicht mehr dort gewesen und man habe sie vollkommen fehlbehandelt. Von ihren körperlichen Leiden sei kaum Notiz genommen worden; "dabei tat mir das Steissbein entsetzlich weh, ich tat die Hand darunter bis ich einen Bluterguss an der Hand hatte." Sie sei todunglücklich und zerschlagen gewesen und habe den Versuch gemacht, sich die Pulsadern aufzuschneiden, um nicht mehr leben zu müssen. Es sei aber gar nicht so einfach, Selbstmord zu machen. Daraufhin habe man sie auf die geschlossene Abteilung unter lauter Verrückte gesperrt, das sie die furchtbarste Zeit ihres Lebens gewesen. Sie habe gebetet, auch verrückt zu werden, um nicht mehr zu merken, wie entsetzlich ihre Umgebung sei. Ausser Schlafmitteln habe sie dort nichts bekommen, man habe sie völlig ihrem Schicksal überlassen. Die Schwestern hätten sie als eingebildete Kranke behandelt und ihr ständig vorgehalten, sie solle an ihren armen Mann denken, dabei sei doch sie diejenige gewesen, die gelitten hätte. Ihr Mann habe sie nicht aus der Hölle herausgeholt und sie in 6 Monaten nur zweimal besucht. Im Juli 1960 wurde sie entlassen, das Bild blieb unverändert. Ihr Mann sei allein ohne sie in Urlaub gefahren, er sei sehr ungeduldig mit ihr gewesen und habe ihr die finanzielle Belastung durch die häufigen Krankenhausaufenthalte vorgeworfen. Er habe immer wieder behauptet, orthopädisch sei bei ihr alles in Ordnung. Dabei hätten alle Bekannten ihres Mannes gesagt, sie brauche ärztliche Hilfe.

1960 sei die Menopause eingetreten, sie habe keine be-

sonderen klimakterischen Beschwerden bemerkt.

Im Februar 1961 seien starke Darmblutungen aufgetreten, sie habe erheblich an Gewicht abgenommen. Im Krankenhaus habe man keinen pathologischen Befund objektivieren können. Danach hätten Schulterschmerzen begonnen, die zu deutlichen Bewegungseinschränkungen geführt hätten. Sie habe im Krankenhaus 4 Wochen lang Massagen erhalten und das sei ihr gut bekommen.

Im September 1961 sei sie mit ihrem Mann in eine andere Wohnung umgezogen und habe sich dabei überanstrengt. Ihr Mann sei in die Ferien gefahren und sie habe allein auspacken müssen, das Kreuz sei ihr dabei fast zersprungen; auch sei sie oft gestolpert und hingefallen. Sie habe viele Schlaf- und Schmerztabletten genommen, auch regelmässig Alkohol getrunken, um über ihre Verzweiflung hinweg zu kommen. Sie sei völlig abgewirtschaftet gewesen und habe im November 1962 wieder nach K. gehen müssen, wo man eine Tabletten-Entziehungskur gemacht habe. Es habe sich aber im Grunde nichts geändert. Ihr Mann habe festgesetzt, dass er im Juni 1963 mit Bekannten in Urlaub fahre; sie sollte allein zu Hause bleiben. Sie könne das aber nicht, sie sei zu verzweifelt. Sie habe die Zeit lieber ausnutzen wollen, um sich auszukurieren. Ihr Mann habe ja keine Ahnung, wie schlecht es ihr gehe, weil sie sich immer so zusammennehme. Ihre Nervenärztin habe ihr empfohlen, sich in H. orthopädisch untersuchen zu lassen. Ihrem Mann sei das höchst ärgerlich gewesen, er meinte, sie solle lieber zum Psychiater gehen, aber da gehöre sie ihrer Ansicht nach ja nun gar nicht hin. In H. habe man wenigstens gesehen, dass sie nicht stehen könne und dass das rechte Bein in der Hüfte abknicke.

In H. wurde der WaR positiv gefunden und Frau P. unter Luesverdacht in die Universitäts-Nervenklinik M. überwiesen. In M. konnte der Befund aus H. nicht bestätigt werden, die Blut- und Liquoruntersuchungen auf Lues er-

brachten ein negatives Ergebnis. Frau P. zeigte sich darüber keineswegs erfreut, sie hatte gehofft, eine objektivierbare Ursache für ihre Beschwerden in die Hand zu bekommen.

Sie klagt jetzt über Schmerzen im Kreuz, Schwäche in den Armen und Beinen, Schmerzen im Darm, unter dem linken Rippenbogen, Verdauungsbeschwerden, Mattigkeit, Schweregefühl im Oberkörper. Sie läuft steif und beschwerlich mit vorgebeugtem Oberkörper, setzt sich umständlich hin, lehnt sich aber nach längerem Gespräch ganz bequem zurück.

Soziale und pädagogische Situation im Elternhaus

Frau P. wurde 1905 als Tochter eines Fremdsprachenkorrespondenten in L. geboren. Es habe keine finanzielle Not geherrscht, jedoch sei der Lebensstandard sehr bescheiden gewesen, da der Vater ausserordentlich sparsam, fast knauserig war.

Die Atmosphäre im Elternhaus schildert sie als nicht sonderlich harmonisch. Der Vater sei ein etwas mürrischer, zurückgezogener Sonderling gewesen, der sich wenig um seine Familie kümmerte und von niemandem gestört werden wollte. Er habe an Platzangst gelitten und sei ihr daher immer recht merkwürdig vorgekommen. Sie habe sich dringend einen anderen Vater gewünscht, mit dem sie reden und den sie hätte fragen können. Sie habe sich wesentlich mehr zur Mutter gehörig gefühlt, die eine gütige, energische Frau gewesen sei, aber durch ihr Asthma-leiden oft beeinträchtigt war. Die Ehe der Eltern sei nicht sehr glücklich gewesen, der Vater erwartete, von der Mutter verwöhnt und bedient zu werden, habe aber seinerseits der Mutter wenig Freude bereitet, er sei ein grosser Egoist und wenig nett zu ihr gewesen. Das habe ihr (Patientin) als Kind richtig weh getan.

An Geschwister hat Frau P. einen um ein Jahr älteren Bruder, der heute als Diplomhandelslehrer tätig ist.

Mit ihm habe sie während der Kinderzeit ein freundschaftliches Verhältnis verbunden, er sei immer ein wenig Autorität für sie gewesen. Sie und ihr Bruder seien beide recht streng erzogen worden, Aufmucken kam nie in Frage, vorgezogen wurde keines der Kinder. Beide seien sehr folgsam gewesen.

Die Erziehung habe hauptsächlich in den Händen der Mutter gelegen, der Vater habe allerdings hin und wieder strenge Weisungen gegeben, die keinen Widerspruch geduldet hätten. Als sie zum Skilaufen gewollt habe, untersagte der Vater ihr diesen Wunsch mit der Begründung, sie könne unmöglich in Hosen gehen. Auch ein Fahrrad vom selbstersparten Geld durfte nicht gekauft werden, da so etwas für ein Mädchen nicht in Frage komme.

Obwohl die Mutter für Frau P. die nächststehende Vertrauensperson war, sei sie doch nicht mit allen Dingen, die sie berührten, zu ihr gegangen. Sie habe dazu geneigt, das meiste mit sich selbst auszumachen. Ausser mit ihrem Bruder habe sie viel mit den im gleichen Ort wohnenden Vettern und Cousinen gespielt, meist sei sie unter älteren Kindern gewesen. Sie habe nie die Rolle eines Anführers oder Initiators übernommen, dazu sei sie zu schüchtern gewesen, sie sei immer mehr ein Mitläufer gewesen. Ihre beste Schulfreundin sei ein tonangebender Draufgänger gewesen, sie selbst habe sich nie hervortun können.

Bildungsgang und weitere Entwicklung

Mit 6 Jahren wurde Frau P. eingeschult. Sie besuchte 4 Jahre die Volksschule und 7 Jahre ein Mädchenlyceum. Das Lernen fiel ihr nicht schwer, sie sei recht ehrgeizig und eine gute Schülerin gewesen; ihre Noten lagen im allgemeinen bei eins und zwei. Ihre Lieblingsfächer seien Französisch und Rechnen gewesen. Ihre Eltern hätten sich

wenig um ihre Schulangelegenheiten gekümmert, ihr selbst sei es aber höchst peinlich gewesen, wenn sie einmal eine schlechte Note bekam. Nach Beendigung der Oberschulzeit habe sie noch eine Kochschule und einen Nähkurs absolviert. Sie hätte anschliessend gern eine Gartenbauschule besucht, das habe der Vater aber wegen zu hoher Kosten abgelehnt. Für das Studium des Bruders sei ein Stück Land aus dem Erbe der Mutter verkauft worden, für sie sei kein Geld da gewesen.

In der Inflationszeit kam sie zu einer Tante, die als Operationsschwester an einem Krankenhaus in der französischen Schweiz tätig war. Dort habe es in der schlechten Zeit ausreichend zu essen gegeben. Frau P. lernte die Krankenpflege und legte später das Schwestereexamen mit der Note sehr gut ab. Sie arbeitete dann mit einer Freundin zusammen auf der chirurgischen Abteilung eines Krankenhauses in B. Sie habe dort sehr selbständig arbeiten können und es habe ihr gut gefallen. Sie blieb ein halbes Jahr dort und ging dann, obwohl man sie gerne behalten hätte, nach Hause (ein halbes Jahr). Auf die Dauer sei es doch recht anstrengend gewesen und sie habe nicht so gebunden sein wollen. Anschliessend ging sie wieder nach Bern an ein anderes Krankenhaus, blieb auch diesmal nur ein halbes Jahr, um dann wieder nach Hause zurückzukehren (ein halbes Jahr). Trotz der herrschenden Arbeitslosigkeit und der Schwierigkeit, Stellen zu finden, gab sie jeweils nach kurzer Zeit ihre Tätigkeit auf.

Sie habe nicht ihr ganzes Leben lang Schwester bleiben wollen und sei an eine orthopädische Klinik in B. gegangen, um sich als Krankengymnastin ausbilden zu lassen. Sie arbeitete 3 Jahre an dieser Klinik, ihr Chef sei sehr zufrieden mit ihr gewesen. Sie wurde dann ausgewiesen, weil sie polizeilich nicht gemeldet war und keine sozialen

Abgaben bezahlt hatte. Sie lebte dann wieder für ein halbes Jahr zu Hause und führte einer Tante den Haushalt. Ausserdem habe sie die Wochenpflege bei einer Freundin gemacht. Sie sei immer wieder gern für eine gewisse Zeit nach Hause zurückgekehrt, dann habe sie wieder weggewollt. Als nächstes übernahm sie die Privatpflege bei einer älteren Dame. Sie sei sehr angebunden gewesen, habe Heimweh gehabt und habe auch diese Stelle nach einem halben Jahr aufgegeben. Es folgte wieder ein halbes Jahr zu Hause, bis sie das Gefühl hatte, sie müsse erneut etwas unternehmen. Sie bewarb sich zunächst an einer Frauen-Privatklinik, erhielt auch eine Zusage, trat die Stelle aber nicht an, da sie plötzlich den Eindruck hatte, sie sei der Sache nicht gewachsen. Stattdessen erhielt sie eine Stelle an einer orthopädischen Privatklinik in W. Sie sei unter 100 Bewerberinnen ausgesucht worden. Ihr Chef, Facharzt für Orthopädie, war ihr späterer Ehemann. Nach einigen Monaten musste die Klinik wegen Unrentabilität aufgegeben werden. Frau P. ging wieder nach Hause, bis ihr zukünftiger Mann sie bat, als Sprechstundenhilfe in seiner mittlerweile eröffneten orthopädischen Praxis zu arbeiten. Sie blieb dort 6 Jahre bis zum Ausbruch des zweiten Weltkrieges. Ihr Chef wurde kriegsverpflichtet in ein Lazarett in der Nähe von H. Sie selbst ging zurück nach L. und wurde dort verpflichtet, im Krankenhaus zu arbeiten. Da sie ausserdem ihre kranke Mutter pflegte, habe sie nur halbtags Dienst tun müssen. Ihre eigene Wohnung in L. und die Praxis ihres Chefs in W. seien ausgebombt worden, so dass bei Kriegsende eine neue Existenz habe aufgebaut werden müssen.

1945 sollte sie ihren Chef aus einem Gefangenenlager bei H. ab. Sie hätten sich dann sofort trauen lassen, die Heirat sei schon vor dem Krieg beschlossene Sache gewesen. Sie sei auch früher schon oft mit ihrem Chef ge-

meinsam in Urlaub gefahren, er habe sich ihr aber niemals körperlich genähert. Das sei ihr schon als eigenartig aufgefallen, sie habe jedoch immer noch gehofft, dass dieser Zustand sich mit der Heirat ändern würde. Ausserdem habe sie den Status einer Ehefrau dem provozierenden einer Freudin vorgezogen. 1945 sei sie schliesslich 40 Jahre alt gewesen (ihr Mann 55) und sie habe nicht mehr darauf hoffen können, einen anderen Mann zu bekommen. Sie habe auch vor ihrem Mann keinen intimen Kontakt zu anderen Männern aufgenommen. Es habe wohl einige Tändeleien gegeben, aber nie etwas Ernsthaftes, sie sei in dieser Beziehung scheu und zurückhaltend gewesen. Ihr Bruder habe davon gesprochen, dass man sich keinem Mann hingeben darf, wenn dieser keine Heiratsabsichten hege. So habe sie sich nie getraut, nähere Bekanntschaften anzuknüpfen, obwohl sie den sexuellen Kontakt gern kennen gelernt hätte. Einen Freund ihres Bruders habe sie besonders gern gemocht, aber ihr Bruder habe ihr in keiner Weise geholfen, diesem jungen Mann näher zu kommen. Dabei habe ihr Bruder seine Frau durch ihre Vermittlung kennen gelernt. Als ihr Bruder sich verlobte, habe sie das zärtliche Einverständnis zwischen ihm und seiner Braut kaum ertragen können. Sie wünschte sich glühend, auch zu heiraten und Kinder zu bekommen und sie sei todunglücklich gewesen, dass sich für sie keine Gelegenheit ergab. Als die Schwägerin ihr erstes Kind bekam, habe sie schrecklich geweint.

Eheproblematik

Nach der Eheschliessung nahm ihr Mann ebensowenig sexuellen Kontakt zu ihr auf, wie vorher auf den gemeinsamen Urlaubsreisen. Er habe zwar Erektionen gehabt, aber keinerlei Interesse am Verkehr bekundet. Sie sei in der ersten Zeit immer sehr erregt gewesen und tief enttäuscht, wenn ihr Mann dann gleichgültig neben ihr

einschließ. Schliesslich habe sie sich mit den Gegebenheiten abgefunden. (Angeblich auch keine Selbstbefriedigung, kein komosexueller Kontakt, nie Orgasmus). Sie sei zu der Ansicht gekommen, das Ganze sei nicht so wichtig, wenn man geistig gut miteinander harmoniere. Sie habe mit ihrem Mann viele Interessen gemeinsam: Bücher, Theater, Konzerte, Filme, Wandern, sie verstünden sich in dieser Hinsicht ausgezeichnet. Fragt man Frau P. direkt nach dem Verhältnis zu ihrem Mann, so bezeichnet sie es als gut. Sie habe ihn gern, er brauche sie, ihr Mann und sie gehörten ganz fest zusammen. Die Äusserungen, die Frau P. im Laufe der Exploration unaufgefordert über ihren Mann tut, ergeben jedoch ein wesentlich anderes Bild. Sie schildert ihn als einen weltfremden Sonderling; penibel, gründlich, überpedantisch, trocken, pessimistisch, sich schwer an anderen anschliessend, voller Minderwertigkeitsgefühle, Er hätte sich gerne habilitiert, sei aber wegen seiner ungeschickten Art nie dazu gekommen. Er habe zwar gute Zeugnisse genabt, aber keine guten Beziehungen. Er habe sich jüngeren Kollegen gegenüber unterlegen gefühlt. Seine Praxis sei ihm immer wichtiger als alles andere gewesen, er habe aber nie "auf Scheine gearbeitet", das habe sie vil besser heraus genabt. Zu den Patienten sei er immer recht nett gewesen, jedenfalls wesentlich entgegenkommender als zu ihr, obwohl sie doch so viel gearbeitet hätte für ihn. Neben ihrem Haushalt habe sie zahlreiche Pflichten in der Praxis gehabt; Nauaufnahmen machen, Kassenabrechnungen, Spritzen, Massagen, Kurzwellenbehandlungen. Sie sei sich regelrech ausgenutzt vorgekommen und schliesslich habe sie wegen ihrer Krankheit nichts mehr geschafft. Aber er habe kaum Notiz von ihren Beschwerden genommen, hätte sie als nichtig abgetan und wollte nicht damit benelligt sein. Über seine täglichen Probleme hätte hingegen ständig gesprochen werden müssen, er wollte immer bedauert werden. Ihr hätte es

noch so schlecht gehen können, er habe sich nie veranlasst gefühlt, ihr wirklich zu helfen, alle Möglichkeiten zur Besserung ihrer Beschwerden wahrzunehmen. Er habe sie einfach ihrem Schicksal überlassen, völlig allein gelassen. Er fuhr mit Bekannten in Urlaub, wanderte ohne sie etc., als sie einmal ihm ihre Schmerzen klagte, sei er vom Tisch aufgestanden und habe sich übergeben; er könne das alles nicht mehr hören. Seine Rede sei ständig gewesen: ich tue dieses oder jenes, niemals: wir wollen etwas gemeinsam tun. Sie habe sich dann seinen Wünschen angeschlossen. Er sei ein krasser Egoist. Er habe ihr oft Vorwürfe gemacht, dass ihre zahlreichen Krankenhausaufenthalte eine unertragliche finanzielle Belastung darstellten.

Frau P. weint meist, wenn die Rede auf ihren Mann kommt. Sie enthüllt mit starker emotionaler Erregung ihr Kernproblem: "Wenn ich entlassen werde, möchte ich, dass Professor J. meinem Mann sagt, er solle meine körperlichen Beschwerden erst nehmen. Er muss jetzt sehen, dass ich wirklich körperlich krank bin und dass nichts gesponnen ist. Er muss in mir den Patienten sehen, dem man helfen kann. Er könnte mir einen Verband machen, Knie wickeln, Massagen geben lassen. Ich will nicht wieder so einfach ins Vakuum entlassen werden, dann komme ich sofort zurück. Und wenn er nur einen psychischen Verband anlegt. Er soll nicht nur wieder ja sagen, er muss wirklich etwas tun."

Intelligenz und Leistungsbereich

Mit einem IQ von 110 (HAWIE) liegt Frau P. an der oberen Grenze der Norm. Handlungsteil-IQ = 109, Verbalteil-IQ = 109. Die Qualität der Untertestleistungen ist ziemlich gleichbleibend. Herausfallend ist nur das relativ schlechte Ergebnis im Allgemeinen Verständnis, d.h. Frau P. zeigt einen ungenügenden Sinn für den common sense.

Sie hat Schwierigkeiten, frühere Erfahrungen für ihr gegenwärtiges Verhalten nutzbar zu machen. Im übrigen zeigte sie normale Wissensbreite, nimmt intellektuellen Rapport zur Umwelt auf. Klare Begriffsbildung. Durchschnittliche Merkfähigkeit, genügende assoziative Beweglichkeit und Konzentration. Erfassen von Beziehungen im rechnerischen Bereich. Versteht Zusammenhänge im sozialen Bereich, Gesamtsituationen können überschaut werden, Konfigurationen werden aufgefasst. Einzelelemente können zu einem Gesamt kombiniert und ein Konzept erstellt werden. Frau P. fasst leicht und schnell auf, versteht, worauf es ankommt. Sie erledigt die ihr gestellten Aufgaben geschickt und zügig, geht planvoll und zweckmässig vor. Bei länger dauernden Anforderungen zeigt sie eine gewisse Unstetigkeit im Arbeitsablauf. Demonstriert durch Entspannungsübungen der Hand, Vor- und Rückbeugen des Kopfes die Anstrengung, die man ihr abverlangt. Qualität der Arbeit gut. Keine verbalen Ausdrucksschwierigkeiten.

Emotionalität und Dynamik

Die Grundstimmung von Frau P. ist gedrückt, ihre emotionale Unausgeglichenheit kommt immer wieder deutlich zum Ausdruck. Sie erlebt sich beeinträchtigt durch Krankheit, Einsamkeit, Zurücksetzung, persönliche Enttäuschungen. Es fehlt ihr an Zuwendung, Verständnis, Rat und Hilfe seitens ihrer nächsten Umgebung. Ihr Selbstwertgefühl geht auf schwankenden Füßen, sie möchte einerseits etwas darstellen, vermag aber andererseits nicht, durch adäquate Verarbeitung ihrer Erlebnisse und bewusste Gestaltung der jeweiligen Situation ihrem Leben eine bestimmte Ausrichtung zu geben. Sie ist Spielball ihrer Ängste, Unsicherheiten, Empfindlichkeiten. Grundsätzlicher Pessimismus. Sie reagiert im allgemeinen recht lebhaft und impulsiv, zeigt aber häufig inadäquate Reaktionen (Lachen, Weinen, Gestik), die mangelnde Anpassung und schlecht ge-

steuerte Affektivität verraten. Sie ist erfüllt von Aggressivität gegen ihre Umwelt, wagt aber nicht, diese nach aussen auszuleben. Im sozialen Bereich zeigt sich Frau P. durchaus kontaktbereit, sie sucht die Nähe anderer Menschen. Doch hält sie sich bei Gesellschaften lieber im Hintergrund, wird auch vor anderen öfter verlegen, leidet gelegentlich an Lampenfieber, Schüchternheit in Gegenwart des anderen Geschlechtes. Ihre bewusste Einstellung zur Gemeinschaft ist nicht sonderlich positiv, die Belange anderer werden oftmals verkannt. Ihre eigenen vermeintlichen Notwendigkeiten werden deutlich in den Mittelpunkt gestellt. Gewisse Bindungslosigkeit, stark in sich selbst verstrickt. Verarbeitungsschwäche, Ausweich tendenz. Frau P's Antriebskräfte sind fast ausschliesslich von ihrer Krankheit absorbiert. Sie verschwendet unendliche Energie auf ihr Kranksein und das Bemühen, andere von der Ernsthaftigkeit ihrer körperlichen Symptome zu überzeugen. Sie vermag durchaus aktiv und selbständig zu handeln, soweit es sich um sekundäre Zielsetzungen handelt. Primäre Willensziele setzen, um eigene Urteile und eigene Profilierung ringen möchte sie nicht. Im Grundsätzlichen will sie geführt und geleitet werden.

Epikrise

Frau P. war in der Kindheit einer ausgesprochen ungünstigen Lernsituation ausgesetzt: fehlende Wärme seitens des Vaters, Erziehung auf Folgsamkeit, nicht in eigene Verantwortlichkeit.

Sie kann sich vom Elternhaus nicht lösen; auffallend ist der ständige Wechsel von zu Hause - Stellung - zu H_ause. Sie verharret in den Weisungen von Eltern und älterem Bruder; die Folge davon ist, dass die Konsequenzen für das eigene Verhalten auf andere abgeschoben wird.

Frau P. heiratet mit 40 Jahren einen um 15 Jahre älteren

Facharzt für Orthopädie. Von beiden Seiten liegt primär eine Vernunfttehe vor: sie möchte den Stand einer verheirateten Ehefrau geniessen und versorgt sein, er möchte Hilfe für den Aufbau seiner Praxis und ebenfalls versorgt sein. Obwohl ihr jahrelang alle Bedingungen bekannt sind (Kennenlernen 1933, Heirat 1945), sieht Frau P. die Realität nicht und taxiert die Konsequenzen nicht ab. Ihr Mann ist und bleibt impotent, sexuelle Erfüllung bleibt ihr in jeder Form versagt. Sie fühlt sich als reines Arbeitstier ausgenutzt, ständig frustriert. Dabei geht ihre ganze Sehnsucht dahin, geliebt und begehrt zu werden.

Sie versucht, die Aufmerksamkeit und Fürsorge des Mannes dadurch zu erzwingen, dass sie dem Orthopäden eine orthopädische Symptomatik vorsetzt. Der Erfolg bleibt aus. Sie zermürbt ihn durch ewige Klagen, Leistungsunfähigkeit in Praxis und Haushalt, immer neue Symptome, wiederholte Krankenhausaufenthalte und damit starke finanzielle Aderlässe.

Sie verstrickt sich immer tiefer in diesen ausweglosen Abgrund. Schliesslich erhofft sie sich das Heil davon, dass man ihr eine organische Ursache für ihre Beschwerden zusichert; sie glaubt, damit endlich eine zugkräftige Waffe gegen ihren Mann zu haben und seine Zuwendung fordern zu können.

Frau P. leidet an starken Stimmungsschwankungen, Verzweiflung, Unglücklichsein, Selbstmordabsichten, Schlaflosigkeit, körperlichen Misszuständen. Ihr vitales Niveau ist stark gesenkt.

Frau M.M., geb. 1910; Kr.Nr. 810/63

Aussere Erscheinung, allgemeines Verhalten

Frau M. ist mittelgross, von beinahe korpulenter Gestalt. Die Haut ist blass, der Gesichtsausdruck mürrisch und unzufrieden, die Mundwinkel sind herabgezogen. Sie blickt klagend und vorwurfsvoll, lacht selten.

In der Erscheinung wirkt sie etwas nachlässig und schlampig, die Haare hängen ungepflegt herum. Die Haltung ist schlaff, die Motorik schwunglos und lahm. Sie geht schlurfend, langsam, betont mühsam. Den linken Arm trägt sie in einer Binde, sie stöhnt und ächzt bei jeder Bewegung.

In der Gestik ist sie nahezu unbeweglich.

Sie spricht mit matter, weinerlicher, klagender Stimme, seufzt häufig. Ihre sprachliche Ausdrucksfähigkeit ist wenig nuanciert, für emotionale Stellungnahmen verwendet sie ständig die gleichen Vokabeln (das ist unverschämt, das ist schön etc.).

Es ist nicht ganz leicht, Frau M's Zuwendung zu gewinnen. Primär ist sie wenig kontaktbereit, verhält sich eher abweisend und etwas misstrauisch. Hat^{man} jedoch ihr Vertrauen gewonnen, so nimmt die Flut ihrer Klagen kein Ende.

Heredität, biologische Entwicklung, Krankheitsverlauf

Vater der Patientin verstarb mit 57 Jahren an Kopfgrippe, die Mutter, 86-jährig an Altersschwäche. Besondere Krankheiten oder psychische Absonderlichkeiten sind aus der Familie nicht bekannt.

Frau M. selbst hatte an Kinderkrankheiten Masern und mehrere Mandelentzündungen.

Als Zwanzigjährige suchte sie einen Arzt auf, weil sie immer so abgespannt, aufgeregt und zittrig gewesen sei; sie habe über alles gleich weinen müssen. Ausserdem litt sie an Schmerzen in den Beinen.

1935 zog sie sich durch einen Motorradunfall einen

Schädelbasisbruch und Frakturen am rechten Arm zu; sie sei mehrere Tage bewusstlos gewesen. Seit dieser Zeit habe sie dauernd Kopfschmerzen und ein taubes Gefühl im rechten Stirngebiet. In den Jahren nach dem krieg hatte sie Beschwerden an Magen und Galle.

1958 rutschte sie in ihrem Schlafzimmer aus und erlitt einen Unterschenkelbruch links. 1959 kam es zu einer Fraktur des linken Unterarmes, als sie von einer Leiter stürzte. Vor 4 Jahren habe sie sich bei der Pflege einer kranken Frau durch zu schweres Heben ein Bandscheibenleiden zugezogen, das zu ständigen Rückenschmerzen geführt habe. Sie hätte längere Zeit nicht arbeiten können.

1962 erlitt sie durch Schleudern im Omnibus eine Schädelprellung. Dieser Unfall habe die Kopfschmerzen noch verschlimmert und sie fühle sich seitdem nicht mehr richtig wohl.

Im April 1963 sei sie an Grippe und Bronchitis erkrankt und arbeitsunfähig geschrieben worden. Sie habe sich danach nicht recht erholt, sei immer erschöpft und abgeschlagen, könne sich vor Rückenschmerzen kaum aufrichten.

Im Juni 1963 wurde Pat. vom Vertrauensarzt zur Untersuchung in die Univ.-Nervenklinik M. eingewiesen. Zur Diskussion steht die Frage der Invalidisierung und des Rentenanspruches.

Sie habe jetzt eine furchtbare Schwäche in sich, die Beine seien wie Blei. Sie möge nicht essen, sei kraftlos in den Beinen, könne kaum gehen, Sie habe oft Blasendruck ohne Urinabgang. Weiter klagt sie über Herzstiche, quälende Schlaflosigkeit, Obstipation, Zittern. Die Zehen des linken Fusses seien häufig verkrampft, den rechten Arm könne sie fast gar nicht gebrauchen, da er ja dreifach gebrochen sei. Viele Menschen und Lärm seien ihr unerträglich, sie sei übermäßig geräuschempfindlich geworden. Im Kopf spüre

sie ein dauerndes Vibrieren, sie sei unruhig und könne die Gedanken nicht abschalten.

Vor 14 Tagen sei sie hier in der Klinik ohnmächtig hingeschlagen, die Schwestern hätten sich nicht um sie gekümmert und sie einfach liegen lassen. Seitdem habe sie "wahnsinnige Schmerzen" und eine furchtbare Hitze im linken Arm; sie könne ihn überhaupt nicht bewegen. Pat. trägt den Arm in einer Binde. Man quäle sie schrecklich mit Massagen.

Nach einigen Tagen berichtet sie, dass die Beweglichkeit in Hand- und Ellbogengelenk leicht gebessert sei, das Schultergelenk hingegen sei gänzlich steif (kein objektivierbarer Röntgenbefund). Nach weiteren Tagen spürt sie furchtbare Hitze nur noch in der Hand. Schliesslich gibt sie an, der Arm sei zwar in allen Gelenken wieder beweglich, aber ausserordentlich geschwächt und kaum zu gebrauchen.

Im übrigen klagt sie bei jedem Gespräch über ein ganzes Sortiment von Leiden.

Die Menarche trat bei Frau M. im Alter von 15 Jahren auf; sie sei bei der Periode immer sehr abgeschlagen gewesen und habe an starken Unterleibsschmerzen gelitten.

Mit 31 Jahren bekam sie ihr erstes Kind, eine Tochter. Fünf Jahre später folgte eine Zwillingsgeburt, zwei Söhne. Diese letzte Geburt habe sie sehr mitgenommen, sie sei 6 Wochen in der Klinik geblieben und anschliessend immer etwas geschwächt gewesen.

Vor 6 Jahren sei die Periode unregelmässig geworden; besondere klimakterische Beschwerden könne sie nicht angeben.

Soziale und pädagogische Situation im Elternhaus

Frau M. wuchs mit 9 Geschwistern in R. auf. Der Vater besass neben einer kleinen Landwirtschaft eine

Schlosserei. Der Lebensstandard sei nicht üppig gewesen, aber es habe keine Not geherrscht. Der Vater sei in der Erziehung streng gewesen, jedoch schlug er die Kinder nicht. Er habe vor allem grossen Wert auf Ordnung gelegt, sei übertrieben penibel gewesen. Zur Mutter besass Pat. eine wesentlich stärkere Bindung als zum Vater. Sie beschreibt die Mutter als liebevolle, stille, bescheidene Frau, die recht nachgiebig gegen die Kinder gewesen sei. Mit der Mutter konnte sie immer alles, was sie bedrückte, besprechen, nicht nur in der Kindheit, sondern auch später. Es sei ein furchtbarer Schlag gewesen, als die Mutter im vergangenen Jahr 86-jährig starb; diese sei bis dahin ihre engste Vertraute gewesen und den Verlust könne sie kaum verwinden.

Mit den Geschwistern verstand sie sich mässig; sie meint, dass es einfach zu viele gewesen seien, zwei bis drei hätten auch genügt. Sie sei die ernsteste von allen gewesen, die anderen wären viel oberflächlicher veranlagt gewesen. In Verbindung stehe sie heute nur noch mit einer älteren Schwester in F.

Von den Töchtern war Pat. die jüngste, die Mutter habe sie den Geschwistern sehr vorgezogen. Sie brauchte nicht mit den anderen aufs Feld zu gehen, verrichtete zu Hause nur leichte Arbeiten. Die Mutter habe immer darauf geachtet, dass Pat. sich nicht überanstrengte, habe sie vor allen Unbillen bewahrt und beschützt. Weil sie als Kleinkind Zahnkrämpfe durchmachte, habe sie auch geschont werden müssen. Sie sei ein empfindsames, ängstliches, in sich gekehrtes Kind gewesen. Sie fürchtete sich besonders vor der Dunkelheit und davor, dass jemand hinter ihr her wäre.

Bildungsgang:

Frau M. besuchte 8 Jahre lang eine einklassige Volks-

schule in R. Sie sei ganz gern dorthin gegangen, sei eine gute Schülerin gewesen und habe immer ordentliche Noten (2 bis 3) gehabt. Der Lehrer habe gemeint, sie solle zur Oberschule gehen, aber das Geld habe dafür nicht ausgereicht und die Verbindung zur nächstgrösseren Stadt sei zu ungünstig gewesen.

Sie habe in der Schulzeit zwar eine Freundschaft gehabt, hätte sich aber im allgemeinen nicht viel aus den anderen Kindern gemacht. Dagegen sei sie vom Lehrer wohlgekommen gewesen, dem habe sie immer geholfen (Hefte tragen, Tafel wischen etc.).

Nach der Schulentlassung wäre sie gern zum Büro gegangen, aber es sei schwierig gewesen, eine Stelle zu bekommen. Auf Anordnung des Vaters musste sie in einen fremden Haushalt, um dort kochen zu lernen; das habe ihr keinen sonderlichen Spass gemacht. Sie arbeitete 1 Jahr im Haushalt eines Professors in F. und anschliessend verrichtete sie eineinhalb Jahre Hausarbeit in einer Bäckerei.

Als sie 17 Jahre alt war, starb ihr Vater. Sie sei dann heimgegangen, um dort zu helfen. Sie wäre heilfroh gewesen, wieder bei der Mutter zu sein, sie habe in den Jahren vorher heftiges Heimweh gehabt. Sie blieb bis zu ihrer Heirat im 27. Lebensjahr zu Hause, besuchte zwischendurch nur einige Rote-Kreuz-Kurse und lernte auf einer Gewerbeschule etwas Nähen (ohne Abschlussprüfung). Die Mutter habe nicht zugelassen, dass sie zu viel arbeitete.

Beziehungen zum anderen Geschlecht

Frau M. gibt an, dass sie immer - auch als junges Mädchen - sehr zurückgezogen lebte. An Tanz, Kino und ähnlichen Vergnügungen sei sie wenig interessiert gewesen, sie habe lieber gelesen und sich mit ihrer Mutter unterhalten.

Mit 17 Jahren lernte sie einen Bankbeamten kennen, mit

dem sie sich später verlobte. Sie hatte mit ihm den ersten sexuellen Kontakt, fand aber wenig Gefallen daran. Zweimal sei es auch zum intestinalen Koitus gekommen und sie habe sich deshalb heftige Gewissensbisse gemacht.

Sie erfuhr dann, dass ihr Verlobter mit Geld spekulierte. Sie empfand das als unseriös und fürchtete, bei ihm nicht zuverlässig versorgt zu sein. Sie löste die Verlobung, bereute es aber später. Er habe eigentlich viel mehr Verständnis für sie aufgebracht, als ihr jetziger Mann.

Ausser zu ihrem damaligen Verlobten und ihrem späteren Ehemann habe sie keine Beziehung zu Männern gehabt. 1937 heiratete sie, 27-jährig. Sie zog in das Haus der Schwiegereltern und fühlte sich dort sehr unwohl, die Schwiegermutter sei sehr herrisch gewesen. Sie habe ständig Heimweh nach ihrer eigenen Mutter gehabt; diese habe die Tochter auch sehr ungern hergegeben. Es sei vielleicht überhaupt falsch gewesen, dass sie von zu Hause wegging.

Die Ehe habe recht enttäuschend begonnen, ihr Mann habe sich zunächst vor seiner Mutter geschämt, mit seiner Frau zu schlafen und so hätten sie in den ersten Wochen keinen sexuellen Verkehr gehabt. Später habe sich das geändert, aber sie habe nie viel Interesse daran gehabt.

Entwicklung der familiären Verhältnisse

Frau M. gibt an, ihr Mann sei ursprünglich Musiker gewesen (Volksschulbildung), habe aber auf Druck der Schwiegereltern die väterliche Bäckerei übernehmen müssen. Sie habe dort auch mitgeholfen, nach der Geburt ihrer Kinder (1941 eine Tochter, 1946 zwei Söhne) jedoch nur noch zeitweise. Die Zwillingsgeburt habe sie sehr geschwächt.

1946 habe ihr Mann ein Verhältnis mit ihrer Schwägerin angefangen und sie etwa 2 Jahre lang betrogen. Sie hätte ihm das nicht verzeihen können, wollte sich aber wegen der Kinder nicht von ihm scheiden lassen. Einmal sei sie das Leben so leid gewesen, dass sie sich vor das Auto warf, das ihr Mann steuerte, es sei ihr aber nichts geschehen.

Der sexuelle Kontakt zu ihrem Mann habe nach der Betrugsaffaire fast völlig aufgehört.

1957 musste die Bäckerei aufgegeben werden, weil sie sich nicht mehr rentierte. Frau M. meint, ihr Mann habe nicht zu wirtschaften verstanden und es nicht fertiggebracht, die hohen Aussenstände einzutreiben. Er habe dann als Vertreter gearbeitet und nebenher Privatchöre einstudiert. Die Einkünfte seien unregelmässig gewesen und er habe ihr bei weitem zu wenig Wirtschaftsgeld gegeben.

Um den Kindern ein gutes Fortkommen zu sichern, sei sie gezwungen gewesen, neben ihrer Hausarbeit Geld zu verdienen. Sie arbeitete von 1957 bis zum Beginn ihrer jetzigen Erkrankung in 5 verschiedenen Stellen als Haushälterin oder Privatkrankenpflegerin (meist nicht ganztätig). Sie sei dabei schwer überfordert gewesen, habe viel mehr geleistet, als für sie eigentlich zumutbar wäre. Sie habe jeweils so lange gearbeitet, bis sie völlig erschöpft gewesen sei und dem Zusammenbruch nahe; dann habe sie einige Wochen mit der Arbeit ausgesetzt. Jetzt sei sie so heruntergekommen, dass die Wiederaufnahme irgendeiner Tätigkeit gänzlich ausgeschlossen sei. Sie bedürfe einer Rente und die Ärzte müssten das einsehen und ihr helfen. Es hänge vom ärztlichen Gutachten ab, ob sie eine Rente bekomme oder nicht. Sie mache sich schreckliche Sorgen um ihre zukünftige wirtschaftliche Situation; von ihrem Mann sei ja in dieser Hinsicht nicht viel zu erwarten.

Dass ihr Mann sie nicht genügend mit Geld versorgt, erwähnt Pat. immer wieder. Er gebe ihr für den grossen Haushalt nur 5 Mark pro Tag, er sei wirklich furchtbar knauserig. Dabei gibt sie auf Befragen zu, dass er sich keine persönlichen Extravaganzen leistet, er verdiene einfach nicht genug und das macht sie ihm zum ständigen Vorwurf. Sie meint, die Ehe wäre vielleicht nicht so schlecht, wenn mehr Geld da wäre. Überdies habe ihr Mann kein Verständnis für ihre Art und sei ein ewiger Quertreiber. Er spotte über ihre Krankheit und sorge nicht richtig für sie.

Auf ihre Kinder hingegen ist Frau M. sehr stolz. Die 22-jährige Tochter studierte Philologie bis zu ihrer Verheiratung mit einem Jurastudenten; sie sei die einzige Studentin in R. gewesen. Von den Zwillingen besuche einer die Obersekunda, der andere stehe in der Ausbildung zum Elektroingenieur. Pat. meint, sie werde allgemein sehr um ihre arrivierten Kinder beneidet. Sie habe sich aufgeopfert, damit die Kinder etwas werden könnten, das sähen diese auch ein. "Die werden sich noch mal umgucken, wenn ich nicht mehr da bin." Da sie selbst durch die Ungunst der Umstände keine Ausbildung habe geniessen können - obwohl sie bestimmt das Zeug dazu gehabt habe - sollten wenigstens die Kinder vorwärts kommen. Für dieses Ziel habe sie sich immer wieder aufgerafft, auch wenn sie gar nicht mehr konnte.

Das liebste Kind sei ihr die Tochter, zu der habe sie das gleiche Verhältnis wie vorher zu ihrer Mutter. Mit ihr könne sie alles besprechen; die Tochter sei auch bis zu ihrer Heirat nie ohne sie irgendwohin gegangen. Dass die Tochter geheiratet habe, noch dazu so weit weg nach D., sei ihr ein furchtbarer Schlag gewesen; ihr sei da ein Stück aus dem Herzen gerissen worden.

Die Zwillinge seien im Charakter sehr unterschiedlich, der eine wolle immer alles haben, der andere sei nachgiebig. Der Nachgiebige sei ihr lieber. Die Jungen machten viel Lärm, das nehme ihre Nerven mit. Weil sie jetzt so krank sei, habe die Tochter von D. geholt werden müssen, um den Haushalt zu führen und die Mutter zu pflegen, wenn sie nach Hause entlassen würde.

Intelligenz und Leistungsbereich

Frau M. zeigt mit einem Gesamt-IQ von 84 (nach HAWIE) ein niedriges Intelligenzniveau. Während sie im Verhalten noch gerade die untere Grenze des Durchschnittsbereiches (IQ = 93) erreicht, erweisen sich ihre Leistungen im Handlungsteil als extrem gering (IQ = 77). Wo etwas praktisch-tätig und nicht allein mit Worten zu leisten ist, versagt sie weitgehend.

Den relativ höchsten Untertestscore erzielt sie im Zahlennachsprechen, d.h. die Merkfähigkeit ist gut durchschnittlich ausgeprägt. Damit hat Pat. die Möglichkeit, ihre intellektuellen Mängel teilweise zu überspielen. Sie besitzt ausreichendes praktisches Wissen im Alltagsbereich und vermag auch, allgemeine Erfahrungen zu verwerten.

Logisch-abstrakte Denkvorgänge können nur schwer vollzogen werden, Gesamtsituationen werden nicht überschaut, Einzelelemente werden nicht in einen übergeordneten Zusammenhang gebracht.

Sinnzusammenhänge im sozialen Bereich werden ungenügend verstanden; reale Situationen werden teilweise völlig verkannt. Es fehlt jegliche assoziative Beweglichkeit.

Pat. demonstriert mit Nachdruck ihr Unvermögen, sich

längere Zeit konzentriert einer Sache zuwenden zu können. Sie lehnt sich häufig ermattet zurück, stöhnt, seufzt, klagt über ihre Schlappheit. Sie muss ständig neu ermuntert und aufgefordert werden. Bei Schilderungen über ihre persönlichen Angelegenheiten legt sie dagegen eine erhebliche Ausdauer an den Tag. Sie arbeitet langsam und nachlässig, zeigt nicht das mindeste Bemühen und keine Einsatzbereitschaft.

Emotionalität und Dynamik

Frau M. ist von tiefem Pessimismus durchdrungen. Alles schlage sie so nieder, das ganze Leben sei eigentlich falsch gelaufen. Sie sei oft sehr verzweifelt und habe schon viel in ihrem Leben geweint. Sie neige zum Grübeln, ständig gingen Probleme in ihr um, die sie bedrückten. Das führe auch zu qualender Schlaflosigkeit. Teilnahmslosigkeit und Müdigkeit überfielen sie immer wieder, sie sei oft unzufrieden und schlecht gestimmt.

Exploration und projektive Tests fördern eine Unzahl negativistischer Inhalte zu Tage. Es ist die Rede von Lebensmüdigkeit, Verzweiflung, Kummer, Nichtschaffen, Nichtverstandensein, Enttäuschung, Abschied, Tod, Verängstigung, Verlassensein.

Auch die Träume der Pat. beinhalten ausschliesslich düstere Bilder: In einem grossen Sumpf versinkt der Ehemann; das Wohnhaus brennt ab; in ein herrliches Haus mit schönen Zimmern darf Frau M. nicht hinein; häufiges Verfolgtwerden, Pat. kann nicht laufen und nicht rufen.

Sie ist von allen möglichen Ängsten geplagt: Die Söhne könnten beim Skilaufen verunglücken; die Tochter sei in der Großstadt vielen Gefahren ausgesetzt; sie selbst könnte leicht unter ein Auto kommen. Besonders häufig

kommt die Sorge um die unsichere materielle Zukunft zum Ausdruck.

In ihrem Selbstwertgefühl ist Frau M. labil und wenig gefestigt. Sie ist von einem starken Geltungsbedürfnis erfüllt; sie meint, dass sie eine wesentlich höhere soziale Position habe erreichen können, wenn die äusseren Umstände nicht so ungünstig gewesen wären. "Wenn der Professor zur Visite kommt, habe ich keine Angst wie die andern, ich werde mit jedem Höheren fertig. Wenn's an mich gehängt worden wäre, hätte ich auch studieren können." Das Richtige für sie wäre Medizin oder Chemie gewesen. Sie hätte dann "etwas ergründet" und lieber nicht geheiratet. Es bedrücke sie sehr, dass sie so viel in sich habe und es nicht auswerten könne. So sollten wenigstens die Kinder das erreichen, was ihr verwehrt gewesen wäre.

Sie beschäftige sich gerne mit höheren Dingen, besonders mit Literatur. Zur Zeit lese sie Karl May; es interessiere sie sehr, wie gütig und hilfsbereit die dargestellten Menschen seien. Oberflächliche Vergnügungen wie Kino und Tanzfestlichkeiten seien ihr ein Greuel.

Die emotionalen Reaktionen der Pat. nach aussen zeichnen sich durch farblose Mattigkeit aus. Jedoch ist sie sehr empfindlich und leicht verletzt, entsprechende Erlebnisse klingen lange in ihr nach. Frau M. zeigt deutlich introvertierte Züge. Sie schätzt die Gesellschaft anderer Menschen nicht sonderlich; vermag auch nicht, sich in ihrer Mitte zu vergnügen und unbeschwert zu geben. Besonders in Gegenwart des andern Geschlechts fühlt sie sich unfrei. Sie neigt zur Selbstabschirmung und zum Abschliessen von der Aussenwelt.

Die Grundhaltung der Pat. ist mehr passiv als aktiv. Sie setzt sich zwar Ziele, gelangt aber nie sehr weit in der Ausführung, da ständig eine Krankheit oder ein Unfall dazwischen kommen.

Im momentanen Krankheitszustand zeigt sie sich antriebsarm, energielos. lahm, matt, unkonzentriert, demonstrativ leidend.

Sie vermag sich nicht durchzusetzen, ihre Geltungsansprüche durch Leistung zu befriedigen. Sie hat Angst vor allem Neuen, wird bei schwierigen Situationen leicht mutlos, bekommt sofort Kopfschmerzen, wenn jemand ihr Vorhaltungen macht.

Um das Selbstwertgefühl zu erhalten, klagt sie die Schlechtigkeit und das Unverständnis der Umwelt an; man hat ihr angeblich immer wieder ganz übel mitgespielt. Sie befehlissigt sich massivster verbaler Aggressionen. Eigentlich habe sie gegen diesen und jenen gerichtlich vorgehen wollen; praktisch hat sie nie dergleichen getan, weil sie viel zu schwach und unfähig ist, eine solche Situation durchzustehen.

Epikrise:

Es geht für Frau M. um den Erhalt einer Rente. Sie weiss, dass das Gutachten des Arztes für dieses Ziel entscheidende Bedeutung hat. Ihrer geringen Intelligenz und primitiven Persönlichkeitsstruktur entsprechend versucht sie, durch demonstratives Klagen, Stöhnen und Sichhängenlassen der Glaubwürdigkeit ihres Leidens Nachdruck zu verleihen. Jedoch bestimmen diese Verhaltensweisen nur das vordergründige Erscheinungsbild der Patientin.

Immer wiederkehrende Verstimmungszustände (häufige Niedergeschlagenheit, Weinen, Selbstmordgedanken, Selbstmordversuch, Grübeln etc.) schaffen eine ungünstige Voraussetzung für die Lebensbewältigung mit normalen Mitteln.

dinzu kommt eine wenig vorteilhaft strukturierte Kindheit. Frau M. wurde von der Mutter den anderen Geschwistern vorgezogen und nicht in der gleichen Weise zur Erfüllung bestimmter Pflichten angehalten. Pat. wurde geschont und verhätschelt. Sie blieb bis zu ihrer Heirat mit 27 Jahren bei ihrer Mutter zu Hause und stand bis zu deren Tod vor einem Jahr in einem ausserordentlich starken Abhängigkeitsverhältnis zu ihr. (Häufig wiederkehrender Traum: die Mutter lebt und kommt zu Frau M.; jeweils grosse Enttäuschung beim Erwachen). Diese enge Bindung hat Pat. später auf die eigene Tochter übertragen, die sie den Söhnen eindeutig vorzieht. Aus eigener Substanz heraus zu leben ist Frau M. nicht fähig; sie hat ein extrem starkes Verlangen nach Sicherheit.

Ihr erster Verlobter erschien ihr wegen Geldspekulationen als ein zu unsicherer Kandidat. Auch ihr Mann enttäuschte sie in dieser Beziehung; nach Verlust der Bäckerei hat er als Vertreter und Gelegenheitsmusiker nur unsichere Einkünfte, was sie ihm ständig zum Vorwurf macht.

Frau M. gerät immer wieder in Situationen, die sie in den Zustand der Hilfsbedürftigkeit bringen: sie wird öfter krank, erleidet erstaunlich zahlreiche Unfälle. ("Ich hatte Angst, es könnte was passieren und dann passierte es auch"). Sie gibt stets neue Anlässe an, seitdem sie sich vermindert leistungsfähig fühlt: dieser Unfall, jener Unfall, Geburten, verschiedene Krankheiten. Alle Fehlschläge werden höherer Gewalt oder der Umwelt zugeschrieben, sie selbst ist für nichts verantwortlich. Im Gegenteil, sie hat ständig auszusetzen, dass nicht optimal genug für sie gesorgt wird.

Auch in Hinsicht auf Bildung und sozialen Stand ist ihr Anspruchsniveau bei den gegebenen intellektuellen Be-

dingungen inadäquat hoch. Auch hier erstrebt sie keine Realisierung durch eigene Leistung, sondern durch andere, nämlich ihre Kinder. Sie ist unendlich stolz, dass ihre Tochter die einzige Studentin in ihrem Heimatort ist und ihre Söhne die höhere Schule besuchen. Sie lässt sich diesen Prestigegewinn sogar einige Anstrengungen kosten, indem sie sich immer wieder für eine Weile aufrafft, durch Annahme von Arbeitsstellen die materiellen Voraussetzungen zu schaffen. Sie hält allerdings nie lange durch, und in ihrem jetzigen Zustand hat sie vollständig aufgegeben. Sie möchte eine Rente, um endlich einer dauerhaften Sicherheit teilhaftig zu werden. Sie erleidet in der Klinik einen erneuten Unfall (Sturz auf den Arm), der allerdings ohne objektivierbare Folgen bleibt. Also bauscht sie das Ereignis möglichst weitgehend auf, um einen weiteren greifbaren Grund für ihre Arbeitsunfähigkeit zu liefern.

Frau E.L., geb. 1923, Kr.Nr. 119/63

Aussere Erscheinung, allgemeines Verhalten

Die 40-jährige Frau L. ist durchschnittlich gross, mittelschlank, von einnehmendem Ausseren. Es scheint, dass sie als junges Mädchen recht hübsch gewesen ist.

Sie ist hellhäutig, hat blaugraue Augen und blonde Haare. Sie kleidet sich dezent.

Haltung und Motorik sind natürlich und von normalem Tonus. Gesichtsausdruck und Gestik wechseln zwischen Lebhaftigkeit und bewegungsarmer Niedergeschlagenheit. Frau L. weint oft während der Exploration.

Die Sprechweise ist deutlich, mittellaut, gut akzentuiert. Sie findet häufig ganz treffsichere Formulierungen bei ihren Situationsbeschreibungen.

Im Auftreten zeigt Pat. sich zunächst etwas unsicher und zurückhaltend. Es lässt sich jedoch leicht Kontakt zu ihr herstellen und sie gibt sich dann sehr offen und zugänglich.

Heredität, biologische Entwicklung, Krankheitsverlauf

Aus der Familie der Pat. sind keine besonderen Krankheiten bekannt. Ein Bruder kam 1944 im KZ um. Die Eltern leben und sind gesund. Die Mutter habe früher eine zeitlang an Herzrasen und Schweissausbrüchen gelitten, das sei als Begleiterscheinung einer Schilddrüsenvergrösserung aufgetreten.

Frau L. selbst hat ausser einigen Mandelentzündungen und einem jetzt noch bestehenden Hautausschlag (wahrscheinlich Psoriasis) bisher keine ernsthaften Krankheiten durchgemacht.

Die kindliche Entwicklung verlief unauffällig. Menarche mit 14 Jahren, Periode regelmässig, allerdings bis zum 20. Lebensjahr häufig mit krampfartigen Schmerzen. Noch

keine Menopause.

Im Herbst 1949 fühlte Frau L. sich zum ersten Mal arbeitsunfähig. Sie hatte einen Amerikaner geheiratet, der schon nach USA vorausgefahren war. Sie sollte nachkommen, sobald ihre Papiere in Ordnung wären. Der Eheschliessung war ein heftiges Tauziehen zwischen Eltern und Verlobtem vorausgegangen. Die Eltern - besonders die Mutter - beschworen die Tochter, nicht so weit fortzugehen; Sie würde sich auf die Dauer in der fremden Welt nicht wohlfühlen. Der Verlobte machte ihr Angst, in Europa gebe es doch bald wieder Krieg mit allen zugehörigen Schrecken, in Amerika dagegen sei sie sicher.

Frau L. entschloss sich gegen den Widerstand ihrer Eltern zur Heirat, war jedoch von ambivalenten Gefühlen hin- und hergerissen. An dem Tage, als sie vom Konsulat die Nachricht erhielt, sie könne ihre Papiere abholen, zeigten sich die ersten Symptome ihrer Krankheit. Sie spürte Schwindelgefühl und Sausen im Kopf, habe nicht schlafen und nicht essen können und häufig erbrochen. Sie sei zunehmend ängstlich und deprimiert gewesen, mochte nicht aus dem Hause unter Menschen gehen. Am ärgsten habe sie unter einem "wahnsinnigen Herzrasen" gelitten, das auch nachts auftrat.

Schon einige Zeit vor Beginn dieser Erscheinungen sei sie von eigentümlichen Gefühlen der Sinnlosigkeit überfallen worden. Obwohl sie vorher gerne auf ihrer Dienststelle als Sekretärin gearbeitet hatte, wusste sie plötzlich nicht mehr, "wozu der ganze Papierkram eigentlich gut sein sollte". Sie sei zu ihrem Chef gegangen mit der Bitte, er möge sie lieber als Putzfrau arbeiten lassen, damit sie etwas Vernünftiges täte.

Sie sei dann für 4 Wochen in die Medizinische Klinik aufgenommen worden, aber nur wenig gebessert nach Hause gekommen. Ihre Mutter und ihr Hausarzt hätten sich in

rührender Weise um sie gekümmert, immer wieder versucht, sie aufzumuntern und ihr Mut zuzusprechen. Am liebsten sei sie ständig im Bett geblieben, dort habe sie sich am sichersten gefühlt. Aber ihre Mutter habe sie herausgetrieben und allmählich auch wieder unter andere Menschen gebracht. Mit der Zeit habe sich ihr Zustand dann langsam gebessert; Trost und Unterstützung der Mutter seien dabei die wichtigsten Heilmittel gewesen.

Im Juli 1951 nahm Frau L. wieder eine Stellung als Sekretärin an. Ihrem Manne nach USA zu folgen, kam für sie nicht mehr in Frage.

Unternehmungsgeist, Lebenslust und Fröhlichkeit früherer Zeiten seien nach der Krankheit nicht mehr im alten Masse zurückgekehrt, aber sie habe die täglichen Lebensanforderungen gut bewältigen können.

Im Februar 1963 machte Frau L. eine Grippe durch. Im Anschluss daran konnte sie sich nicht recht wieder erholen. Sie hatte zu gar nichts Lust, schaffte die Arbeit in ihrem Haushalt nicht, verlor das Interesse an (zweitem) Mann und Kind und verkroch sich wieder am liebsten ins Bett. Sie schlief schlecht, grübelte über die Ungunst des Schicksals und ihre Fehler nach, konnte sich auf nichts konzentrieren. Sie hatte häufig Durchfälle und einen ständigen Druck im Kopf. Man habe sie nicht ansprechen dürfen, weil sie dann sofort in Tränen ausgebrochen sei. Sie fühlte sich zunehmend verunsichert und unentschlossen.

Als wiederum am quälendsten beschreibt ~~Et~~. Anfälle von starkem Herzrasen. Es steige ihr dann spontan heiss hoch, das Herz beginne furchtbar heftig und schnell zu klopfen, sie bekomme Angst vor der eigenen Erregung und befürchte einen tödlichen Ausgang des Anfalles.

Wenn sie aus dem Hause gehe, sei sie besorgt, ihr Herz werde so ^{wenig} leistungsfähig sein, dass ihr etwas zustosse.

Aus gleichem Grund lehnt sie in der letzten Zeit auch den sexuellen Kontakt zu ihrem Mann ab. Sie fürchtet, dabei gesundheitlichen Schaden zu nehmen.

Der einzige Mensch, dessen Nähe sie wünscht, war wiederum ihre Mutter, die ihr Haushalt und Kind abnahm. Frau L. kam im Juni 1963 für zwei Monate in das Nerven-sanatorium H. Sie habe danach mit aller Kraft versucht, wieder gesund zu werden und ihre täglichen Pflichten zu übernehmen, aber es sei unmöglich gewesen.

Im Oktober 1963 wurde Frau L. dann stationär in die Univ.-Nervenklinik M. aufgenommen. Pat. wirkte sehr deprimiert, weinte häufig, fühlte sich ständig den Puls. Es ist ihr unerträglich, wenn die Visite kommt, Blut abgenommen oder eine Durchleuchtung gemacht werden soll. Sie fängt an zu zittern und zu weinen, bekommt die oben beschriebenen Anfälle von Herzrasen. (In sitzendem Zustand wurde ein Puls von 180 gemessen). Sie traut sich nicht aus dem Haus und ist kaum zu bewegen, mit anderen Patientinnen einen Spaziergang zu machen.

Soziale und pädagogische Situation im Elternhaus.

Frau L. wurde 1923 als Tochter eines Bahnbeamten in M. geboren. Sie wuchs mit ihrem um zwei Jahre älteren Bruder auch dort auf. Die wirtschaftliche Situation sei ausreichend gewesen, karglich habe man nicht gelebt.

Die Erziehung habe ausschliesslich in der Hand der Mutter gelegen. Sie sei eine tatkräftige, energische Frau, die immer streng durchgegriffen habe und keinen Ungehorsam gegen ihre Anordnungen duldet. Gelegentlich habe sie mit Schlägen gestraft. Alle Entscheidungen in der Familie seien von ihr gefällt worden. Empfindlich sei die Mutter dort gewesen, wo es um den Ruf der Familie ging. Falsche Nachrede von Nachbarn habe ihr stark zugesetzt. Es lag

ihr daran, in einem möglichst günstigen Licht zu erscheinen. Sie habe auch grossen Ehrgeiz für die Ausbildung des Bruders gehabt, sei aber durch dessen schlechte Zeugnisse und Unstetigkeit in verschiedensten Berufen sehr enttäuscht worden.

Zum Vater hatte Frau L. nur wenig innere Bindung. Sie freute sich, wenn er einmal nicht da war, da er ständig eine Atmosphäre schlechter Laune verbreitet habe. Sie beschreibt ihn als einen Eigenbrötler, der jeden Tag eine andere Krankheit ausbrütete und fortgesetzt zum Arzt lief. Dabei sei er niemals ernstlich krank gewesen. Er habe nie die geringste Initiative entwickelt und lieber alles der Mutter überlassen, die ihrerseits den Vater genauso streng wie die Kinder dirigierte. Um die Erziehung habe er sich in keiner Weise gekümmert.

Mit dem Bruder vertrug sich Frau K. in der Kindheit nicht sonderlich gut, sie hätten sich wie Hund und Katze gestanden. Der Bruder sei weich, nachgiebig und zärtlich zur Mutter gewesen; Pat. dagegen draufgängerisch, unternehmungslustig und fröhlich; sie habe sehr viel Sport getrieben (Kunstspringen, Leichtathletik). Der Vater sei stolz auf ihre sportlichen Leistungen gewesen, die Mutter hingegen habe den Bruder vorgezogen und in Schutz genommen. Erst später, nach dem Tode des Bruders 1944, habe sich die Mutter sehr eng an die Tochter angeschlossen.

Haushaltliche Pflichten hatte Frau L. als Kind nicht. Wenn sie von sich aus etwas gemacht habe, habe die Mutter so viel daran herumkritisiert, dass sie jegliche Lust verlor. Überhaupt habe die Mutter nie irgendwelche Leistungen der Kinder gelobt.

Auf diese Weise sei sie sehr unselbständig im Haushalt gewesen. Die Mutter habe alles allein in ihrem Sinn er-

ledigen wollen; sie hielt der Pat. auch bis zu ihrem endgültigen Verlassen des Elternhauses mit 30 Jahren Kleider und Schuhe in Ordnung, stellte ihr sogar allabendlich den Wecker.

Bildungsgang und berufliche Entwicklung.

Mit 6 Jahren kam Frau K. in eine normale achtklassige Volksschule in M.,, die sie ohne Schwierigkeiten bis zum Abschluss durchlief. Sie habe leicht gelernt und sei eine gute Schülerin gewesen. Sie hätte auch gern, wie der Bruder, die Oberschule besucht, aber das sei seitens der Eltern nicht in Frage gekommen. Dabei habe sie wesentlich bessere Zeugnisse heimgebracht als der Bruder.

Im Anschluss an die Volksschule besuchte sie für ein Jahr die Handelsschule, machte dann eine kaufmännische Lehre in der Damenkonfektion durch und legte mit 18 J. erfolgreich die Handelskammerprüfung ab.

Anschliessend wurde sie als Stabshelferin zur Wehrmacht eingezogen. Der Abschied von zu Hause sei ihr nicht übermässig schwer gefallen. Sie kam zunächst nach Frankfurt; ihre Tätigkeit bestand hauptsächlich in Schreibarbeiten und Hilfeleistungen nach Fliegerangriffen. Späterhin wurde sie in ein Verteilungslager nach Thüringen geschickt und sollte von dort aus zum Einsatz nach Polen kommen. Sie hatte Angst, sie würde eventuell nie wieder nach Hause zurückkehren. Sie erfand starke Herzbeschwerden und erreichte tatsächlich, dass sie an eine Dienststelle in M. zurückversetzt wurde, wo sie bis Kriegsende blieb.

1945 habe sie dann eine Stellung in einem amerikanischen Arbeitsamt angenommen, die sie bis zum Ausbruch ihrer Krankheit 1949 innehatte. Sie habe keinerlei Schwierigkeiten mit der Arbeit oder ihren Mitarbeitern gehabt. Sie sei öfters als gute Kraft gelobt worden und auch bei ihren Kollegen sehr beliebt gewesen, da sie immer fidel

und gut aufgelegt gewesen sei und Leben in die Gesellschaft gebracht habe.

Beziehungen zum anderen Geschlecht

Ihren ersten ernsthaften Freund - einen Studenten - lernte Frau K. mit 17 J. kennen. Mit diesem kam es auch nach einigen Monaten Bekanntschaft zum ersten sexuellen Kontakt. Die Freundschaft dauerte 3 1/2 J., dann sei es zum Zerwürfnis gekommen. Teils sei sie seiner überdrüssig gewesen, teils habe sie unter dem Einfluss ihrer Mutter gestanden, die den Freund "madig" gemacht habe. Sie Mutter wollte sie mit einem gut verdienenden Dentisten verheiraten, den sie aber nicht mochte und ablehnte.

Sie habe nie Mangel an Verehrern gehabt und sei von Männern sehr verwöhnt worden. Wenn sie den jeweiligen Freund leid gewesen sei, habe sie ihm den Laufpass gegeben, wobei es nicht immer leicht gewesen sei, ihn wirklich "los zu werden".

Aufs Heiraten sei sie zunächst nicht sehr bedacht gewesen; sie habe es zu Hause gut gehabt und im übrigen ihre Freiheit genossen. Sie war davon überzeugt, jederzeit einen Mann zu bekommen, wenn sie es wünschte. Frau L. meint von sich selber, damals sehr lebenslustig, oberflächlich und leichtfertig gewesen zu sein. Ihren ersten Mann heiratete sie 1949, weil sie hoffte, durch ihn aus dem bedrohten Europa herauszukommen. Er sei liebenswürdig und aufmerksam gewesen, aber übermässig geliebt habe sie ihn nicht.

Kurz nach der Scheidung 1953 heiratete sie ihren zweiten Mann, wieder gegen den Willen ihrer Mutter, die sie davon zu überzeugen suchte, er passe nicht zu ihr. Aber es sei eine wirklich grosse Liebe gewesen; ausserdem war sie inzwischen 30 Jahre alt und hielt ihre Chancen bei Männern nicht mehr für unbegrenzt. Sie wünschte sich

Mann und Kind. Trotzdem wäre sie vor dem Standesamt am liebsten umgekehrt, sie hätte plötzlich Angst bekommen. Sie fürchtete sie vor der endgültigen Bindung und davor, dass Jugend und Freiheit nun vorbei wären. Was ihr an ihrem Mann zunächst gefiel, waren sein gutes Aussehen, seine Männlichkeit und Zurückhaltung und die Tatsache, dass sie ihn nicht so ohne weiteres um den Finger wickeln konnte.

Entwicklung der familiären Situation

Bis 1957 behielt Frau L. ihre Arbeit bei. Während dieser Zeit ging sie noch hin und wieder mit Kollegen aus, um ihren Mann eifersüchtig zu machen.

1958 erfolgte die Geburt eines Sohnes. Seitdem arbeitet Rat. nicht mehr ausser Hause. Ihr Mann übernahm in diesem Jahr einen gut bezahlten Posten als technischer Berater, der ihn sehr viel ins Ausland führt. Er sei oft von Montag bis Freitag nicht zu Hause. Seit dieser Zeit fühlt Frau L. sich nicht sonderlich glücklich: allein gelassen, vernachlässigt, unausgefüllt.

Frau L. wohnt in einem kleinen Ort von 4000 Einwohnern, in einer abgelegenen Neubausiedlung. Viele Bekannte habe sie dort nicht gewinnen können, obwohl sie sonst keine Mühe habe, Kontakte aufzunehmen.

Sie Sorge für ihr Kind, das sie sich sehr gewünscht habe und an dem sie auch hänge; aber sie reibe sich nervlich dabei auf und wolle aus diesem Grunde kein zweites Kind. Bei jeder kleinen Erkältung, Appetitlosigkeit etc. habe sie schrecklich Angst, dem Jungen könne etwas zustossen. Ehemann und Mutter würden ihr vor, sie verzürtele das Kind viel zu sehr.

Finanziell gehe es ihr gut, aber sie wolle lieber weniger Geld haben und dafür ihren Mann öfter in ihrer Nähe. Wenn er glücklich nach Hause käme, so habe er

auch dann nicht viel Zeit für sie, er müsse alles mögliche erledigen und richten für seine nächste Reise. Schliesslich sei er dann müde und mache nicht viel Federlesens mit ihr. In intimer Beziehung komme sie nicht auf ihre Kosten, er habe kein Verlangen nach Zärtlichkeitsaustausch. Sie hingegen wünsche sich glühend, er möge sie einmal zärtlich in den Arm nehmen, wenn er nach Hause komme; er möge ihr eine kleine Aufmerksamkeit mitbringen, mit ihr plaudern oder ausgehen, einmal ein gelungenes Gericht loben. Aber alles das komme ihm nicht in den Sinn. Er sei stets kurz angebunden, ungeduldig und eilig; er berichte nur knapp von seinen Erfolgen. Er scheine gar nicht liebebedürftig und sensibel, er sei selbstbewusst, energiegeladen, robust, ehrgeizig, erfolgreich und rechthaberisch. Alles müsse nach seinem Geschmack gehen. Sie habe versucht, sich dagegen zu stemmen, aber sie unterliege doch immer, er sei der Stärkere. Ihre Mutter stachelte die Tochter auf, dem Manne nicht nachzugeben. So steckte sie ihre Haare auf, wenn er meinte, eine herabhängende Frisur stehe ihr besser. Sie versuchte ihn in der Weise zu dirigieren, wie sie das von ihrer Mutter aus der Kinderzeit gewohnt war. Aber ihr Mann machte ihr deutlich, dass sie mit ihm nicht so verfahren könne, er lasse sich das nicht gefallen.

Den häufigen Auseinandersetzungen mit ihrem Mann gibt Frau L. die Schuld am Ausbruch ihrer Krankheit. Sie meint, wenn er mehr Verständnis und Geduld für sie aufgebracht hätte, wäre es nicht so weit mit ihr gekommen.

Der einzige Mensch, mit dem sie sich richtig aussprechen könne, sei ihre Mutter. Aber es bestünden ständige Spannungen zwischen Mutter und Mann, einer mache den andern bei ihr schlecht; und sie sei zwischen diesen Polen hin- und hergerissen.

Die Mutter sei eifersüchtig auf Mann, Kind und andere Freunde. Sie kümmere sich viel um die Erziehung des Sohnes und sei sehr ungehalten, wenn das Kind einmal nicht zu ihr wolle. Auch sei die Mutter sehr daran interessiert, dass Frau L. wieder nach M. ziehe, um mehr in ihrer Nähe zu sein; sie lasse daher an der jetzigen Wohnung der Tochter keinen guten Faden.

Frau L. bewundert an der Mutter deren Lebensstärke und Tüchtigkeit. Sie selbst fühlt sich viel schwächer und hilfloser. Sobald eine Situation schiefgehe, rufe sie nach der Mutter. Sie wisse gar nicht, was sie machen solle, wenn diese einmal nicht mehr lebe. Sie könne es nicht ertragen, wenn die Mutter böse oder kurz angebunden sei. Wenn sie der Mutter den Gehorsam verweigere, bekomme sie keine Hilfe von ihr, und so müsse sie sich immer bemühen, gutes Wetter bei der Mutter zu machen.

Intelligenz- und Leistungsbereich

Frau L. erreichte im HAWIE einen Gesamt-IQ von 100, ihre Intelligenz entspricht damit genau dem Durchschnittswert der Bevölkerung. Die Leistungen sind im allgemeinen recht gleichmässig, zwischen Verbal- und Handlungsteil besteht nur eine vernachlässigenswerte Differenz von 1 Punkt. Auch die Untertestleistungen schwanken nur geringfügig; Frau L. zeigt weder über- noch unterdurchschnittlich ausgeprägte Fähigkeiten.

Sie verfügt über einen ausreichenden Wissensumfang und genügend gesunden Menschenverstand, um sich im Alltagsbereich ohne Schwierigkeiten zurechtfinden zu können. Sie vermag einfache Assoziationen zu knüpfen und nimmt neue Inhalte ohne besondere Mühe auf. Ihre Vorstellungen über Begriffe und anschauliche Sinnzusammenhänge sind ausreichend klar. Konfiguration wedern aufgefasst und Einzelelemente in richtiger Weise kombiniert.

Von der intellektuellen Ausstattung her besteht kein Grund zu der Annahme, dass Frau L. den an sie gestellten täglichen Anforderungen nicht gerecht werden könnte. Die geforderten Aufgaben nimmt Frau K. willig und einsatzbereit in Angriff. Sie bemüht sich deutlich um eine möglichst optimale Lösung, auch wenn ihr eine solche nicht sofort gelingt. Ihr Vorgehen ist nicht immer planvoll und ökonomisch, aber sie bringt ein beträchtliches Mass an Ausdauer und Konzentration auf, erweist sich also durchaus als belastbar. Sie arbeitet relativ rasch und zügig, dabei recht sorgfältig.

Gewisse Mühe bereiten ihr die Motilitätstests Tapping und Punktieren, hier bleibt ihre Leistung weit unter der Norm.

Emotionalität und Dynamik

Frau L. ist im Ganzen niedergeschlagen und gedrückt, im Gegensatz zu gesunden Zeiten, in denen sie meist ausgelassen und heiter gewesen sei. Jetzt weint sie oft, empfindet die Welt als grau und unfreundlich, grübelt ständig über ihre Beschwerden und ihre momentane Situation nach, macht sich Vorwürfe über früheres Verhalten, ist reizbar, empfindlich, lustlos und fühlt sich häufig miserabel. Sie hat Angst vor jeder Veränderung, die in ihrem Leben eintreten könnte.

Frau L. hat wenig Zuversicht in die Zukunft, ihre Situation erscheint ihr fast aussichtslos. Sie beseitzt kein Vertrauen in die eigene Kraft, ihrer Schwierigkeiten Herr werden zu können; sie fühlt sich ihnen mehr oder minder ausgeliefert. Sie kann sich für nichts entscheiden, ist immer unentschlossen. Sie traut sich im allgemeinen wenig zu, ihr Selbstwertgefühl steht auf sehr unsicheren Füßen.

Frau L. reagiert gefühlsmässig lebhaft. Sie sagt von

sich selbst, dass sie schnell bei der Hand sei, ihre Gefühle auszuplaudern. Früher sei sie recht impulsiv gewesen, unterhaltsam, schlagfertig, manchmal aufbrausend. Jetzt sei sie viel zu deprimiert um wütend zu werden.

In gesunden Zeiten sei sie sehr kontaktfreudig, welt- und menschengewandt gewesen, Auch jetzt knüpft Frau L. leicht Kontakte zu ihren Mitpatientinnen. Sie ist positiv zur Gemeinschaft eingestellt, möchte mit jedem gut auskommen. Sie geht von sich aus auf andere zu und wartet nicht erst, bis sie angesprochen wird. So sehr Frau L. dazu neigt, in gesellschaftlicher Hinsicht eine aktive Rolle zu übernehmen, auch in ihrem Beruf als tüchtige Kraft gelobt wurde, so wenig nimmt sie in zentralen Persönlichkeitsbereichen die Gestaltung ihres Lebens selbst in die Hand. Entscheidungen geht sie möglichst aus dem Wege. Ihre Ziele setzt sie grossenteils nicht selbst, sondern lässt sie weitgehend von anderen bestimmen. Bis zu einem gewissen Grade erlebt sie sich als ausgeliefert an die Umwelt, verbunden mit einem Gefühl der Wehrlosigkeit. Daraus resultiert eine unablässige Unzufriedenheit. Frau L. kann das Gegebene nicht akzeptieren und nicht bewältigen. Das, was vorliegt, ist nie recht bzw. kollidiert mit ihren eigenen unterdrückten Wünschen. Überhaupt ist Frau L. vornehmlich auf Wunscherfüllung gerichtet, jedoch wenig darauf, durch adäquate Ziele und entsprechenden Einsatz selbst etwas dazu beizutragen. Sie ist einfach todunglücklich, wenn ihre Wünsche nicht von aussen erfüllt werden. Am liebsten möchte sie sich alles herbeizaubern können.

Epikrise

Frau L. wuchs unter dem Einfluss eines antriebschwachen, sich gehen lassenden Vaters und einer übermässig bestimmen-

den Mutter auf, die der Entfaltung einer freien Entscheidungsfähigkeit und Verantwortlichkeit wenig Raum liess. Nach dem Tode des Bruders klammerte die Mutter sich mit allen Fasern an die Tochter, machte sich ihr unentbehrlich und liess sie bis heute nie ihrem Einflussbereich entwachsen. Als besonders ungünstig kam hinzu, dass Frau L. bei ihrer ersten Krankheitsphase 1949 auf die Hilfe ihrer Angehörigen angewiesen war und ihre Bindung an die Mutter ausserordentlich gestärkt wurde.

Frau L. war lange Zeit wenig gefordert, eigene Belange durchsetzen zu müssen. Einerseits wurde ihr viel von der Mutter abgenommen, andererseits fand sie durch ihr gutes Aussehen und ihre unterhaltsame Lebenslustigkeit mühelos Anklang bei Freunden und Kollegen. Sie gibt selbst an, von Männern sehr verwöhnt worden zu sein. Sie wechselte ihre Freunde häufig, wenn sie ihrer überdrüssig war; sie hatte jederzeit Chancen bei Männern. Auch hier ergab sich keine Notwendigkeit, Verpflichtungen zu übernehmen, etwas gestalten zu müssen. Frau L. heiratete erst, als sie fürchtete, ihr vorgerücktes Alter könne ihre Chancen mindern. Verständlicherweise hatte sie Angst vor der Bindung, vor der Aufgabe ihrer "Freiheit". Sie hatte bisher alle erdenklichen Vorteile genossen, ohne einen Finger dafür krümmen zu müssen.

Frau L. heiratete zweimal gegen den Willen ihrer Mutter und musste das bitter büssen. Mit dem Beginn der Ehegemeinschaft war sie nicht mehr nur dem Willen ihrer Mutter unterstellt, sondern gleichzeitig dem ihres Mannes. Mann und Mutter spielen sich gegenseitig bei der Pat. aus, und da sie sich von beiden abhängig fühlt, befindet sie sich in einer ausweglos erscheinenden Konfliktsituation. Ohne Unterstützung der Mutter glaubt sie nicht existenzfähig zu sein. Diese stachelt die Tochter ständig an, sich von ihrem Mann nichts gefallen

zu lassen und gegen ihn zu Felde zu ziehen. Frau L. möchte aber andererseits die Vorzüge ihrer Ehe nicht missen. Auch ist sie gar nicht stark genug, um ihrem Mann das Gleichgewicht zu halten. So versucht sie, sich in unwesentlichen Kleinigkeiten durchzusetzen (Haare aufstecken etc.). Sie erreicht dadurch natürlich noch weniger, dass ihre verwöhnten Ansprüche der Jungmädchenzeit erfüllt werden. Da sie nicht mehr zur Arbeit geht und niemand da ist, der ihr den Hof macht, fühlt sie sich vereinsamt und unausgefüllt. Ihr ganzer Groll richtet sich gegen die angebliche Lieblosigkeit und mangelnde Zärtlichkeit ihres Mannes. Eine vermehrte Ausfüllung und Beschäftigung durch ein zweites Kind möchte sie auch nicht, da sie das "nervlich nicht durchstehen" könne. Schon die geringste Krankheit des einen Kindes bringt sie "um den Verstand"; die gleichen Sorgen um ein zweites erschienen ihr unerträglich.

Durch ihre starke Abhängigkeitsbeziehungen ist sie den Anstürmen von aussen wehrlos ausgeliefert, sie hat nichts in der Hand. Ihre Konfliktsituation kommt deutlich in ihren Träumen zum Ausdruck: "Immer ist etwas hinter mir her, ich rase davon", "Ich stehe irgendwo allein und verlassen", "Ich stehe irgendwo und weine", "Ich sehe meinen Mann ganz von fern und kann nicht mit ihm zusammenkommen", "Ich muss hetzen, eilen, laufen, komme immer zu spät", "Ich stürze in einen Abgrund, das Fliegen durch die Luft ist grauenhaft".

Seitdem Frau L. in der Klinik sich sicher fühlt, hat sie öfter angenehme Träume: "Ich gehe in eine Konditorei und esse mich an den schönsten Dingen ganz schrecklich satt". "Ich gehe in ein Geschäft und kaufe mir etwas Hübsches".

In den Träumen zeigt sich auch die Angst vor der Mög-

lichkeit, dem Leben einmal allein gegenüber zu stehen. Frau L. weiss nicht, was werden soll, wenn ihre Mutter einmal stirbt. Ausserdem fürchtet sie, ihr Mann könne sie verlassen, da sie doch nun älter und weniger attraktiv werde.

Frau L. hat in ihrer Stabshelferinnenzeit mit Erfolg verstanden, sich durch Vorgabe von Herzbeschwerden aus einer gefährlichen Lage zu ziehen. Zudem hat sie das Vorbild des Vaters jahrelang vor Augen gehabt, der durch Krankwerden alle möglichen Unannehmlichkeiten umging. Ihr jetziges Herzrasen ist nachprüfbar vorhanden, aber es fehlt jegliche organische Grundlage. Frau L. entzieht sich so der Ausweglosigkeit ihrer Situation; in der Klinik werden keine Anforderungen an sie gestellt. Sie ist krank und leistungsunfähig, man muss Rücksicht auf sie nehmen. Frau L. spricht ihre Krankheitsabsicht ganz deutlich aus: "Meine lange Krankheit wird meinem Mann doch endlich gezeigt haben, dass er zärtlicher und liebevoller mit mir sein muss, dass er nicht alles so geschäftsmässig abwickeln darf."

Dass der Konflikt auf dem Boden einer Depression besteht, erschwert die Situation noch erheblich. Frau L. leidet in ihrem jetzigen Zustand an Niedergeschlagenheit, Lustlosigkeit, Angst, Desinteresse für Mann und Kind, Schlaf- und Appetitlosigkeit, Grübeleien, Gefühl der Sinnlosigkeit allen Tuns; sie weint sehr leicht, möchte am liebsten ständig im Bett bleiben, um sicher zu sein.

5. Die Auswertung des kasuistischen Materials
in Bezug auf die vorliegende Fragestellung.

Die Gruppe der rein Depressiven zeigt weitgehende Übereinstimmung in ihrer Symptomatik.

Alle drei Patienten sind bewusstseinsklar, örtlich und zeitlich voll orientiert. Es besteht kein Anhalt für mnestische Störungen, Sinnestäuschungen oder Wahnideen. Dagegen leiden sie ausnahmslos an Kraft- und Schwungslosigkeit, Niedergeschlagenheit, starker Leistungshemmung, Entschlusslosigkeit, Antriebsschwäche, Lebensüberdruß, Selbstmordtendenzen, Angstgefühlen, ohne zu wissen wovon und warum, Weinerlichkeit, Gehemmtheit, z.T. innerer Unruhe, psychomotorischer Verlangsamung, Interesslosigkeit, innerer Gleichgültigkeit, Verlust des religiösen Kontaktes, Konzentrationsstörungen. Bei allen Patienten liegen körperliche Beeinträchtigungen vor: starke Schlaflosigkeit, Appetitstörungen, Brechreiz, Schweissausbrüche, Druck im Kopf, Obstipation, Rückenschmerzen, Herzunruhe, Wallungen. Auffällig ist, dass geklagte körperliche Beschwerden immer recht unbestimmter Art sind, sie können nicht genau lokalisiert werden und treten nach aussen kaum in Erscheinung.

WEITBRECHT meint, dass das seelische Gefühl der Traurigkeit und die leibliche Qual vom Kranken im Erleben fast nicht zu unterscheiden sind (54, S. 86). Die Patienten sehen blass und matt aus, haben halonierete Augen und schlaffe Gesichtszüge. Die seelische Depressio wirkt sich nachteilig auch auf die Körpersphäre aus.

In diesem Zusammenhang ist ebenfalls auf die allgemein geklagte sexuelle Inappetenz hinzuweisen. Das Verlangen nach höchstem Lebensaufschwung ist verloren gegangen. Der kranke lebt gleichsam mit einem Minimum an seelischem

Aufwand. Er schleppt sich mit seinem trostlos und sinnleer gewordenen Leben mühsam dahin, oft am Rande zum Selbstmord.

Eheliche, familiäre und materielle Verhältnisse dieser Patientengruppe erwiesen sich als zufriedenstellend, und boten keinen Anlass zu besonderen Sorgen. Auch persönliche Konfliktstoffe konnten nicht aufgezeigt werden. Die Patienten betonten immer wieder, dass sie eigentlich keinen hinreichenden Grund zu so tiefer Niedergeschlagenheit und Bedrückung hätten. Sie besaßen also durchaus ein Gespür für die adäquate Relation zwischen Anlass und gefühlsmässiger Reaktion und fanden dieses Verhältnis bei sich selbst nicht der Norm entsprechend und unverständlich.

Die angegebenen Sorgen und Grübeleien drehen sich oft um ganz⁴⁴ bestimmte Dinge wie "das allgemeine Unrecht in der Welt" etc., von dem gleichzeitig angegeben wird, dass es einen eigentlich so sehr nicht angehen müsste. Das Leiden wird also im Grunde als eine Krankheit empfunden, die dem Betreffenden zustösst und der er ausgeliefert ist. So bemerkt eine Patientin, dass die Depression einfach angeschlichen käme und auf sie falle, sie könne sich dagegen nicht wehren.

WEITBRECHT weist darauf hin, dass die Grundlosigkeit des Überfallenwerdens von Symptomen der endogenen Depression vom Patienten als etwas Befremdendes betont werde. Der Kranke sei geneigt, das Unverständliche seiner Gemütsverstimmung zu bekennen (55, S. 289).

Ähnlich äussert SCHULTE: "Das eigentliche Problem des Melancholikers ist die Motivlosigkeit und die Anonymität des Geschehens" (45).

Übereinstimmend sind bei allen drei Patienten anankastische

Züge festzustellen. Es wird übermässig stark betont, wie wichtig Ordnung sei; dass alle Dinge in der rechten Weise geregelt sind und ihren unverrückbaren Ort haben. Die Patienten bezeichnen sich selbst als penibel und sehr genau, als "Menschen, die unmöglich einmal fünf gerade sein lassen können. Es zeigt sich hier eine gewisse Starrheit und Unflexibilität des Verhaltens. Es scheint, als ob die fehlende innere Standfestigkeit durch Haften an festgesetzter äusserer Regelmässigkeit kompensiert wird.

Dieser Befund bestätigt die Feststellung von TELLENBACH, dass für die Ausgangsstruktur eines Typus melancholicus penible Ordentlichkeit bei erhöhtem Selbstanspruch kennzeichnend sei (51).

BLEULER weist ebenfalls darauf hin, dass Zwangsvorstellungen besonders leichtere Formen der Depression begleiten.

Bezüglich ihrer prämorbid primären Persönlichkeitsstruktur zeichnet sich diese Patientengruppe durch Ängstlichkeit, grosse Zurückhaltung und mangelndes Selbstvertrauen aus. Sie bleiben möglichst immer im Hintergrund, möchten sich nicht exponieren und lieber mit dem Strom schwimmen. Sie werden leicht mutlos bei neuen Anforderungen und fürchten, etwas falsch oder ungenügend gemacht zu haben. Widerstände werden überbewertet und leicht für unüberwindbar gehalten.

Die zweite Patientengruppe, die ausser depressiven auch hysterische Züge aufweist, unterscheidet sich von der ersten besonders durch spektakuläre Reaktionsweisen. Von den nüchternen Berichten der rein Depressiven stechen die überaus wortreichen und ausdrucksstarken Schilderungen deutlich ab.

Auch bei dieser Gruppe finden sich die oben geschilderten gemütsmässigen Beeinträchtigungen wie auch körperliche Missempfindungen. Doch werden besonders die körperlichen Symptome ausserordentlich stark in den

Vordergrund gespielt. Während der rein Depressive nur sehr verschwommen und unbestimmt über seine misslichen Leibempfindungen Auskunft geben kann, die zudem nach aussen kaum in Erscheinung treten und rein subjektiven Charakter haben, machen die Patienten der zweiten Gruppe sehr bestimmte Angaben über ihre Beschwerden, die zu endlosen Klagen Anlass geben und z.T. demonstrativ zur Schau getragen werden, um so dem Leiden Nachdruck und den Anstrich der Objektivität zu verleihen.

Dem hysterischen Depressiven ist unendlich viel daran gelegen, seine Umgebung von der Schwere seiner Leiden zu überzeugen. Er verliert dabei jedes Mass für die Adäquatheit seiner Reaktionen und merkt nicht, wie unglaublich seine Demonstrationen wirken und so gerade zum Gegenteil des gewünschten Effekts führen. Im Gegensatz zum rein Depressiven können tausend Gründe für den gegenwärtigen Zustand aufgezählt werden, die seinen Auslösungsmodus eindeutig verständlich machen sollen. Allerdings wechseln diese Gründe und der Kranke verstrickt sich in Widersprüche. Es wird jedenfalls alles unternommen, um den Arzt von der Echtheit des Leidens zu überzeugen und es besteht eine überaus grosse Empfindlichkeit gegen den leisesten Zweifel an irgendeinem Symptom. Der Wunsch nach Kranksein, nach Freisein von Verantwortung wird deutlich transparent.

Die Antriebssphäre ist im ganzen weniger reduziert, als bei der ersten Gruppe, wenn auch die Energien in eine sehr unproduktive Richtung vergeudet werden. Schwunglosigkeit und Verlangsamung aller psychischen und motorischen Abläufe sind bei der ersten Gruppe deutlicher ausgeprägt.

Die geschilderten rein Depressiven leben in relativ konfliktfreier Situation, die Patienten der zweiten Gruppe sind zusätzlichen Belastungen ausgesetzt, die sie im

Zusammenhang mit ihrer depressiven Grundstruktur nicht mehr mit normalen Mitteln bewältigen können; sie greifen zu hysterischen Mechanismen, um so einen Ausweg aus ihrer Notsituation zu finden.

Keiner der depressiv-hysterischen Patienten hat in der Kindheit gelernt, die Verantwortung für die eigenen Handlungsweisen zu tragen. Unangenehme Dinge wurden von den Eltern oder älteren Geschwistern abgenommen. Es bestand kaum die Notwendigkeit, selbständige Entscheidungen zu treffen und die Konsequenzen zu tragen.

Die Bindung an das Elternhaus ist bei allen Patienten übermässig stark; in keinem Fall ist eine adäquate Lösung vollzogen worden.

Dem in Abhängigkeit gehaltenen Kind erschienen die Eltern unersetzlich. Zumindest ein Elternteil zeigte sich jeweils ausgesprochen autoritär und blockierte das Wachsen in eine Eigenverantwortlichkeit. Es fehlt die elterliche Führung, die den Möglichkeiten der einzelnen Entwicklungsstadien Förderung angedeihen liess.

Es kam in allen Fällen überdurchschnittlich spät zur Heirat, und auch dann blieb die Sehnsucht nach dem Elternhaus gross.

WINKLER bemerkt dazu, dass bei verwöhnender Erziehung das Individuum später leicht bereit ist, seine Ziele durch Produktion von Krankheitssymptomen zu erreichen (58, S. 185).

Das Verlangen nach Sicherheit, nach Liebe und Anerkennung ist unstillbar gross. Diese Sicherheit wird durch depressives Entgleisen und Anforderungen von aussen bedroht.

Die Depression ist nicht so ausgeprägt, dass die Beziehung zur Umwelt völlig abgebrochen ist. Belastungen werden durchaus registriert, aber die Möglichkeit zur adäquaten Verarbeitung ist erheblich herabgesetzt.

Unzufriedenheit und mangelndes Selbstvertrauen sind hervorstechende Kennzeichen. Nichts wird selbst gestaltet und in die eigene Hand genommen, der eigenen Kraft wird nicht getraut. Es besteht das Gefühl der Wehrlosigkeit, des Ausgeliefertseins an die Umwelt, von der alles erwartet wird. Aber natürlich strukturiert sich eine Situation durch Zufall selten so, wie sie gewünscht wird. Also ist man enttäuscht, man wähnt sich böswillig von der Umwelt behandelt und erleidet angeblich Unrecht. Bei Fehlschlägen werden immer andere beschuldigt. Daraus resultieren absolut unreale Auffassungen über die Gegebenheiten. Die Kranken sind extrem verletzbar und empfindlich gegen vermeintliche Zurücksetzung oder Nichtbeachtung.

Jeder neuen Situation wird mit Sorge und Angst entgegengesehen; bei der geringsten auftauchenden Schwierigkeit macht sich Mutlosigkeit breit.

Lebensschwäche und mangelnde Durchsetzungsfähigkeit werden durch Krankheitssymptome kaschiert und damit in eine sozial gebilligte Form überführt. Man schafft sich auf diese Weise eine Ausgangsposition, die wenig eigene Initiative verlangt, aber gestattet, sich die Umwelt nach den eigenen Wünschen gefügig zu machen. Besonders dem Ehepartner soll die Krankheit deutlich machen, dass er zu Beistand und liebevoller Zuwendung unbedingt verpflichtet ist. Der Kranke erhält so trotz aller Abhängigkeit eine gewisse Macht über seine Umgebung und er vermeidet, mit seinem persönlichen Unge-nügen konfrontiert zu werden.

Zum Teil scheinen die Patienten dem Trugschluss zu erliegen, sie müssten nach einer gewissen Zeit neue Symptome hervorbringen, damit ihr Kranksein glaubwürdiger und gravierender erscheint.

Von dieser Alternation von Symptomen berichtet auch LOPEZ/IBOR; der neurotische Prozess weise eine relative Konstanz auf, während das neurotische Symptom variabel

sei wie ein Traumsymptom.

Zu erwähnen ist noch, dass die Patienten der zweiten Gruppe dann, wenn sie auf den Kernpunkt ihrer Problematik zu sprechen kommen, plötzlich jede Schaustellung und Theatralik aufgeben und einfach als Menschen in Not erscheinen.

Die Gegenüberstellung der beiden miteinander zu vergleichenden Gruppen legt eindrucksmässig den Schluss nahe, dass die Annahme, die depressiv-hysterische Form sei eine eigenständige Kategorie, gerechtfertigt erscheint.

Dieses auf Eindrucksurteilen beruhendes Ergebnis soll erhärtet und gesichert werden, indem wir es in experimenteller, d.h. in objektiver, überprüfbarer Weise kontrollieren. Wie oben ausgeführt, bedienen wir uns standardisierter Tests als experimenteller Prüfverfahren. Jeder unserer Patienten wurde mit den in Kapitel 3 beschriebenen Methoden untersucht. Wir erhielten so die individuellen Ausprägungsgrade einer Vielzahl von Persönlichkeitsmerkmalen.

Die statistische Verarbeitung der numerischen Testergebnisse ist insofern nicht einfach, als die vorliegenden Stichproben nur geringen Umfang haben und die Variabilität der Testresultate innerhalb der Gruppe gross ist. Es muss also ein Weg gefunden werden, der ungeachtet dieser erschwerten Bedingungen eine Signifikanzüberprüfung möglicher Unterschiede zwischen den beiden Gruppen erlaubt.

Wir gehen dazu von der Arbeitshypothese aus, dass die beiden untersuchten Gruppen nicht derselben Grundgesamtheit, sondern verschiedenen Populationen zugehören und formulieren aufgrund unserer Fallstudien 20 Erwartungshypothesen, die durch die empirisch festgestellten Testergebnisse überprüft werden.

Als Beispiel sei folgende Erwartungshypothese genannt:
Im Rorschachtest wird von der rein depressiven Gruppe (Gruppe A) eine geringere Antwortenzahl erwartet, als von der depressiv-hysterischen Gruppe (Gruppe B), da bei ersterer nach den klinischen Beobachtungen und explorativen Befunden mit einer erheblicheren Antriebs- und Initiativlosigkeit zu rechnen ist. Symbolisch formuliert lautet unsere Erwartungshypothese:

$$H_E: \text{Antwortenzahl}_{\text{Gruppe A}} < \text{Antw.zahl}_{\text{Gruppe B}}$$

Wir stellen nun die Antwortenzahl im Rorschachtest bei jeder Person fest und berechnen von jeder Gruppe das Gruppenmittel. In der rein depressiven Gruppe (A) werden im Durchschnitt 14 Antworten ($23+6+14=43$, $43:3 \approx 14$) gegeben, von der depressiv-hysterischen Gruppe (B) dagegen im Mittel 23 Antworten ($19+18+27+29=93$, $93:4 \approx 23$). Die durchschnittliche Antwortensumme in Gruppe A ist geringer als in Gruppe B.

Unsere Erwartungsaussage hat sich in diesem Falle also als zutreffend erwiesen; Erwartung und objektiver Tatbestand stimmen überein. Nichtübereinstimmung liegt dann vor, wenn die Test-Gruppenergebnisse der Erwartungshypothese widersprechen oder wenn die beiden Gruppenmittel gleich sind.

Im Folgenden seien unsere 20 Erwartungsaussagen formuliert:

Erwartungshypothese 1 (H_{E1}) : Es wird erwartet, dass die Intelligenzleistungen im HAWIE-Test bei der rein depressiven Gruppe A im Mittel niedriger liegen als bei der depressiv-hysterischen Gruppe B. Ein Teil der HAWIE-Aufgaben ist unter Zeitbegrenzung zu bearbeiten. Das Testergebnis ist also nicht zuletzt durch die Schnelligkeit des Denkens bestimmt. Die stärkere Verlangsamung

der Gedankengänge bei der rein depressiven Gruppe lässt eine geringere Testleistung erwarten.

$$H_{E1}: IQ_{\text{Gruppe A}} < IQ_{\text{Gruppe B}}$$

Erwartungshypothese 2: Beim Paulitest wird von der rein depressiven Gruppe eine geringere Mengenleistung erwartet als von der Gruppe B. Die grössere Schwunglosigkeit, die bei den rein depressiven Patienten beobachtet werden konnte, legt diese Annahme nahe im Hinblick auf die Anforderungen, die der Test an die Antriebssphäre stellt

$$H_{E2}: \text{Pauli-Menge}_{\text{Gr.A}} < \text{Pauli-Menge}_{\text{Gr.B}}$$

Erwartungshypothese 3: Der Fehlerprozentsatz beim Paulitest wird infolge stärkerer Konzentrationsschwankungen bei Gr. A höher erwartet als bei Gr. B.

$$H_{E3}: \text{Fehler\%}_{\text{Gr.A}} > \text{Fehler\%}_{\text{Gr.B}}$$

Erwartungshypothese 4: Beim Zahlenquadrat-Test kommt es darauf an, in möglichst kurzer Zeit eine Vielzahl von Einzelelementen in eine vorgegebene Ordnung zu bringen. Die Verhaltensbeobachtung der rein depressiven Patienten lässt bei ihnen eine stärkere Leistungshemmung hinsichtlich eines schnellen überschauenden Erfassens erwarten. Es ist daher anzunehmen, dass Gruppe A für die Lösung im Durchschnitt mehr Zeit benötigt als Gruppe B.

$$H_{E4}: \text{Lösungszeit}_{\text{Gr.A}} > \text{Lösungszeit}_{\text{Gr.B}}$$

Erwartungshypothesen 5 und 6: Bei der Leistung im Tappingtest ist nach der klinischen Beobachtung anzunehmen, dass die Verlangsamung der motorischen Abläufe bei Gruppe A stärker in Erscheinung treten wird als bei Gruppe B. Die Punktzahl bei der Gruppe A ist sowohl hinsichtlich der Tätigkeit mit der rechten Hand als auch mit der linken Hand niedriger zu erwarten als bei Gruppe B

$$H_{E5}: \text{Punktzahl}_{\text{Gr.A}} < \text{Punktzahl}_{\text{Gr.B}} \text{ (Rechte Hand)}$$

$$H_{E6}: \text{Punktzahl}_{\text{Gr.A}} < \text{Punktzahl}_{\text{Gr.B}} \text{ (Linke Hand)}$$

Erwartungshypothesen 7 und 8 : Beim Test Punktieren ist zu erwarten, dass die Zeitdauer für Leistungen, deren Bewältigung Schnelligkeit zielgerichteter motorischer Handlungen erfordert, bei der Gruppe A höher liegen wird als bei Gruppe B sowohl bei der Tätigkeit mit der rechten wie mit der linken Hand.

$H_{E7}: \text{Zeitdauer}_{Gr.A} > \text{Zeitdauer}_{Gr.B}$ (Rechte Hand)

$H_{E8}: \text{Zeitdauer}_{Gr.A} > \text{Zeitdauer}_{Gr.B}$ (Linke Hand)

Erwartungshypothese 9: Im MMQ wäre, wenn die beiden untersuchten Gruppen unterschiedlichen Grundgesamtheiten angehören, zu erwarten, dass der Neurotizismusscore bei Gruppe A niedriger liegt als bei Gruppe B

$H_{E9}: \text{Neurot.score}_{Gr.A} < \text{Neurot.score}_{Gr.B}$

Erwartungshypothesen 10 und 11: Beim MPI ist nach den klinischen Beobachtungen und explorativen Daten zu erwarten, dass die Gruppe A im Mittel einen niedrigeren Neurosescore und einen geringeren Extraversionscore aufweisen wird als Gruppe B

$H_{E10}: \text{Neur.score}_{Gr.A} < \text{Neur.score}_{Gr.B}$

$H_{E11}: \text{Extr.score}_{Gr.A} < \text{Extr.score}_{Gr.B}$

Erwartungshypothesen 12, 13, 14: Beim PI-Test ist nach den Fallstudien zu erwarten, dass der Neurosescore bei Gruppe A niedriger, der Score in der Depressions-skala und in der Introversionsskala jedoch höher liegt als bei Gruppe B.

$H_{E12}: \text{Neurot.score}_{Gr.A} < \text{Neurot.score}_{Gr.B}$

$H_{E13}: \text{Depr.score}_{Gr.A} > \text{Depr.score}_{Gr.B}$

$H_{E14}: \text{Introv.score}_{Gr.A} > \text{Introv.score}_{Gr.B}$

Von den projektiven Verfahren sollen zur objektiven Kontrolle nur jene Daten herangezogen werden, die sich

eindeutig numerisch charakterisieren lassen.

Erwartungshypothesen 15 und 16: Beim Rorschach-Test wäre, wie oben erwähnt, zu erwarten, dass die Gesamtantwortzahl der Gruppe A geringer ist als die der Gruppe B; ferner bei der stärkeren Verlangsamung aller psychischen Vorgänge bei der rein depressiven Gruppe, dass auf diese pro Antwort eine längere Zeitdauer entfällt.

H_{E15}: Antwortenzahl_{Gr.A} < Antwortenzahl_{Gr.B}

H_{E16}: Zeitdauer pro Antwort_{Gr.A} > Zeitd.pro Antwort_{Gr.B}

Erwartungshypothesen 17, 18, 19, 20: Beim Picture-Frustrations-Test ist nach den klinischen Beobachtungen zu erwarten, dass Gruppe A eine stärkere Tendenz zu intropunitiver Haltung und zu impunitiver Haltung zeigen wird; dagegen ist die Neigung der Gruppe A zu etrapunitiver Haltung und zur Überbewertung frustrationsauslösender Ereignisse weniger ausgeprägt zu erwarten als bei Gruppe B.

H_{E17}: Intropunitiver Score_{Gr.A} > Intropunit.Score_{Gr.B} (I%)

H_{E18}: Impunitiver Score_{Gr.A} > Impunit.Score_{Gr.B} (M%)

H_{E19}: Extrapunitiver Score_{Gr.A} < Extrapunit.Score_{Gr.B} (E%)

H_{E20}: Obstacle-Dominance-Score_{Gr.A} < Obst.-Dom.-Score_{Gr.B} (O.D%)

Die nachstehenden Tabellen geben die Testresultate wieder, auf die in den Erwartungsaussagen Bezug genommen wird.

	<u>Gruppe A</u>	<u>Gruppe B</u>
(1)		
HAWIE-Gesamt-IQ	Pat.G.D.: 94	Pat.G.P.: 110
	Pat.G.J.: 95	Pat.E.L.: 100
	Pat.K.B.: 71	Pat.M.W.: 92
	= 260	Pat.M.M.: 84
		= 386

Gruppendurchschnitt M:

260:3= 86

386:4= 96

^MGr.A ^MGr.B
Übereinstimmung mit H_{E1}

(2)

Pauli-Mengenleistung in 30'

D.:	418	P.:	729
J.:	442	L.:	992
B.:	<u>412</u>	W.:	316
	= 1272	M.:	<u>272</u>
M =	424		= 2309
		M =	577

$M_{Gr.A}$ $M_{Gr.B}$
Übereinstimmung mit H_{E2}

(3)

Pauli-Fehlerprozensatz

D.:	1,12	P.:	0
J.:	2,72	L.:	0
B.:	<u>2,18</u>	W.:	2,53
	6,02	M.:	<u>4,05</u>
			6,58
M =	2	M =	1,6

$M_{Gr.A}$ $M_{Gr.B}$
Übereinstimmung mit H_{E3}

(4)

Zahlenquadrat-Zeitdauer in Minuten

D.:	29	P.:	7
J.:	15	L.:	12
B.:	<u>15</u>	W.:	17
	59	M.:	<u>14</u>
			50
M =	20	M =	12,5

$M_{Gr.A}$ $M_{Gr.B}$
Übereinstimmung mit H_{E4}

(5)

Tapping-Punktzahl rechtshändig		Gruppe A	Gruppe B
D.:	37		P.: 27
J.:	29		L.: 37
B.:	<u>20</u>		W.: 30
	76		M.: <u>36</u>
			130
M =	28,6		M = 32,5
$M_{Gr.A}$		$M_{Gr.B}$	
Übereinstimmung mit H_{E5}			

(6)

Tapping-Punktzahl linkshändig			
D.:	24	P.: 25	
J.:	19	L.: 22	
B.:	<u>17</u>	W.: 23	
	60	M.: <u>15</u>	
		85	
M =	20	M =	21
$M_{Gr.A}$		$M_{Gr.B}$	
Übereinstimmung mit H_{E6}			

(7)

Punktieren - benötigte Sekundenzahl rechtshändig			
D.:	54	P.: 28	
J.:	52	L.: 37	
B.:	<u>108</u>	W.: 58	
		M.: <u>48</u>	
M =	71	M =	43
$M_{Gr.A}$		$M_{Gr.B}$	
Übereinstimmung mit H_{E7}			

(8)

Funktieren - benötigte Sekundenzahl linkshändig

D.: 59	P.: 34
J.: 64	L.: 43
B.: <u>202</u>	W.: 70
	L.: <u>83</u>

M=109 M =57

M_{Gr.A} M_{Gr.B}
 Übereinstimmung mit H_{E8}

(9)

MMQ-Anzahl der neurotischen Antworten

D.: 17	P.: 23
J.: 12	L.: 24
B.: <u>5</u>	W.: 21
	M.: <u>24</u>

M = 11 M = 23

M_{Gr.A} M_{Gr.B}
 Übereinstimmung mit H_{E9}

(10)

MPI-Punktzahl für Neurotizismus

D.: 24	P.: 23
J.: 26	L.: 38
B.: <u>12</u>	W.: 35
	M.: <u>36</u>

M = 21 M = 34

M_{Gr.A} M_{Gr.B}
 Übereinstimmung mit H_{E10}

(11)

MPI-Punktzahl für Extraversion

D.: 17	P.: 25
J.: 22	L.: 34
B.: <u>12</u>	W.: 32
	M.: <u>10</u>
M = 17	M = 25

$M_{Gr.A}$ $M_{Gr.B}$
Übereinstimmung mit H_{E11}

(12)

PI-Score für Neurotisch

D.: 2	P.: 3
J.: 4	L.: 6
B.: <u>2</u>	W.: 2
	M.: <u>9</u>
M = 3	M = 5

$M_{Gr.A}$ $M_{Gr.B}$
Übereinstimmung mit H_{E12}

(13)

PI-Score für Depression

D.: 8	P.: 4
J.: 4	L.: 5
B.: <u>4</u>	W.: 4
	M.: <u>8</u>
M = 5	M = 5

$M_{Gr.A}$ = $M_{Gr.B}$
Nichtübereinstimmung mit H_{E13}

(14)

MPI-Score für Introversion

D.: 11	P.: 5
J.: 9	L.: 7
B.: <u>9</u>	W.: 5
	M.: <u>12</u>
M = 10	M = 7

^MGr.A ^MGr.B
Übereinstimmung mit H_{E14}

(15)

Rorschach-Antwortenzahl

D.: 23	P.: 19
J.: 6	L.: 18
B.: <u>14</u>	W.: 27
	M.: <u>29</u>
M = 14	M = 23

^MGr.A ^MGr.B.
Übereinstimmung mit H_{E15}

(16)

Rorschach-Testzeit in Minuten

D.: 37	P.: 15
J.: 20	L.: 26
B.: <u>13</u>	W.: 35
	M.: <u>15</u>

Zeit pro Antwort 1,6' Zeit pro Antwort: 1'

^MGr.A ^MGr.B
Übereinstimmung mit H_{E16}

(17)

PFS - I%

D.: 33,3	P.: 18,2
I.: 33,3	L.: 33,3
B.: <u>25</u>	W.: 41,7
	M.: <u>4,2</u>

M = 30,3

M = 24

M_{Gr.A}

M_{Gr.B}

Übereinstimmung mit H_{E17}

(18)

PFS - M%

D.: 20,6	P.: 15,9
J.: 16,6	L.: 25
B.: <u>45,8</u>	W.: 8,3
	M.: <u>0</u>

M = 27

M = 12

M_{Gr.A}

M_{Gr.B}

Übereinstimmung mit H_{E18}

(19)

PFS - E %

D.: 45,8	P.: 66
J.: 50	L.: 41,7
B.: <u>29,1</u>	W.: 50
	M.: <u>95,7</u>

M = 41,3

M = 61,5

M_{Gr.A}

M_{Gr.B}

Übereinstimmung mit H_{E19}

(20)

PFS-0-D%

D.: 14,6	P.: 18,2
J.: 12,5	L.: 27,1
B.: <u>29,1</u>	W.: 29,1
	M.: <u>20,6</u>

M = 18,3

M = 23,5

M_{Gr.A}

M_{Gr.B}

Übereinstimmung mit H_{E20}

Anhand der empirisch erhaltenen Testergebnisse wurde jede unserer 20 Erwartungsaussagen auf Übereinstimmung oder Nichtübereinstimmung geprüft. Das Ergebnis wird der weiteren statistischen Auswertung zugrundegelegt. Es ergeben sich 19 Übereinstimmungen und 1 Nichtübereinstimmung (im Fall 13 sind die mittleren Testpunktwerte der Gruppe A gleich der Gruppe B). Die Mittelwertsgleichheit von Gruppe A und Gruppe B im Fall 13 ist insofern bemerkenswert, als sie die Skala der von Seiten des Patienten erlebten depressiven Zustandes betrifft. Das unterstreicht den Tatbestand, dass beide Gruppen hinsichtlich der Phänomenalität der Depression Entsprechungen zeigen.

In der hohen Zahl der Konkordanzen liegt eine deutliche Bestätigung dafür, dass die aus klinischen Beobachtungs- und explorativen Erlebnisdaten an unseren beiden Gruppen abgeleiteten Erwartungsaussagen nicht rein subjektive, durch unsere Zielsetzung einstellungsmässig gefärbte Meinungsurteile darstellen.

Dem Ergebnis von 19 Übereinstimmungen bei 20 Vergleichspaaren ist auch in statistischem Sinne hohe Signifikanz zuzusprechen.

Die Nullhypothese bei einer statistischen Überprüfung würde besagen, dass gefundene Konkordanzen von Erwartungsaussagen und Testresultaten auf reinen Zufall zurückzuführen sind. Wir haben die Frage zu beantworten, mit welcher Zufallswahrscheinlichkeit bei 20 anzustellenden Vergleichen 19 konkordant ausfallen werden. Als theoretische Repräsentanz des Zufalls bietet sich - da wir bei unseren Vergleichen nur die Möglichkeiten Übereinstimmung oder Nichtübereinstimmung haben - die Zufallsverteilung von Alternativdaten an, die sich als Binominalverteilung ($p = 1/2$) darstellt. Bei grösseren Zahlen von Ereignissen geht die Binominalverteilung in die Normalverteilung mit den Parametern $\mu = N.p$ und $\sigma = \sqrt{N.p.q.}$ über. Die Zufallswahrscheinlichkeit von 19 Übereinstimmungen bei 20 gegebenen Vergleichen lässt sich über $z = \frac{x - \mu}{\sigma}$ berechnen.

In unserem Fall ist $z = \frac{19 - 10}{20 \cdot 1/2 \cdot 1/2} = \frac{9}{2,2} = 4$

Einem z-Wert von 4 entspricht eine Zufallswahrscheinlichkeit, die geringer als $P = 1\%$ ist.

Unsere objektive Kontrolle hat zu einem statistisch hochsignifikanten Ergebnis geführt; d.h. die Fallstudien liessen klare Unterschiede zwischen den beiden untersuchten Gruppen erkennen.

Wenn auch nicht übersehen werden soll, dass einige der verwendeten Tests und entsprechend einige der Erwartungsaussagen nicht unabhängig sind, so ist andererseits darauf zu verweisen, dass die Interkorrelationen der gemeinten Verfahren geringfügig sind und sich ein signifikantes Ergebnis auch noch bei einer geringeren Zahl von Übereinstimmungen ergäbe.

Die Annahme SPIEGELBERG's, leichtere endogene Depressionen mit hysterischer Symptomatik als eine Kategorie sui generis zu betrachten, konnte als berechtigt erwiesen werden. Fälle dieser Art sind nicht als zufällige Variationen einer allgemeinen Klasse leichterer Depressionen zu betrachten; sie zeigen zu dieser signifikante Differenzen, die beide Gruppen eindeutig voneinander trennen lassen.

Um die Konsequenzen, die sich aus unserem Ergebnis vor allem in therapeutischer Hinsicht ergeben, angeben zu können, sind weitere empirische Untersuchungen nötig. Unsere Aufgabe hatte sich zunächst darauf zu beschränken, die Berechtigung und Notwendigkeit weiterer Forschungsarbeiten in diesem Bereich aufzuweisen, indem gezeigt werden konnte, dass es ein eigenständiges Krankheitsbild leichter endogener Depressionen mit hysterischer Symptomatik gibt.

6. Zusammenfassung

Aus klinischer Erfahrung und therapeutischer Problematik heraus hat sich SPIEGELBERG die Frage gestellt, ob wiederholt beobachtete Fälle leichter endogener Depression mit hysterischer Überlagerung als eine eigenständige Krankheitsgruppe aufzufassen sei und nicht lediglich als Zufallsvariante des allgemeinen Krankheitsbildes der endogenen Depression.

Zur Klärung dieser Frage wurden zwei Patientengruppen untersucht, deren eine Fälle leichter endogener Depression mit hysterischer Symptomatik und deren andere reine Fälle leichter endogener Depression umfasst. Detaillierte Fallstudien führten zu dem Ergebnis, dass sich die beiden Gruppen eindeutig voneinander trennen lassen. Dieses Resultat wurde einer objektiven Kontrolle unterzogen. Wir bedienten uns zu diesem Zweck standardisierter Testverfahren. Sie verifizierten die Auffassung, die sich aus den Fallstudien ergeben hatte. Das Krankheitsbild der endogenen Depression leichteren Grades mit hysterischer Symptomatik ist eine Kategorie sui generis. Das klassifikatorische Problem der vorliegenden Arbeit ist nicht nur von wissenschaftstheoretischem sondern auch von praktischem Interesse: Eine differenziertere Therapie wird nur dann entwickelt werden können, wenn eindeutige Diagnosestellungen vorliegen.

Literaturverzeichnis

- (1) Arnold, O.H.: Untersuchungen über manisch-depr. Krankheitsgeschehen.
Wien.Z.Nervenheilk., 11, 1955
- (2) Arnold, W.: Der Pauli-Test.
3. Aufl., 1961
- (3) Binder, H.: Die psychosomatischen Dauerzustände und die abnormen seelischen Reaktionen und Entwicklungen.
Psychiatr.d.Gegenwart, Bd.II, Springer 1960
- (4) Birnbaum, K.: Geschichte der psychiatrischen Wissenschaft.
Handbuch der Geisteskrankheiten, Bd. 1, Berlin 1928
- (5) Birnbaum, K.: Handwörterbuch der med.Psychologie.
Leipzig 1930
- (6) Bleuler, E.: Lehrbuch der Psychiatrie.
Göttingen-Heidelberg 1960
- (7) Bohm, E.: Lehrbuch der Rorschach-Psychodiagnostik.
Bern-Stuttgart 1957
- (8) Brengelmann, J.C.: Psychologische Methodik und Psychiatrie.
Psychiatr.d.Gegenw., Bd. 1/2, 1963
- (9) Brauer, J. und S. Freud: Studien über Hysterie.
1922
- (10) Brun, R.: Allgemeine Neurosenlehre.
3. Aufl., 1954
- (11) Cattell, R.B.: Descriptions and Measurements of Personality.
N.Y. 1946
- (12) Dorsch, F.: Psychologisches Wörterbuch.
Hamburg-Bern 1959
- (13) Ewald, G.: Lehrbuch der Neurologie und Psychiatrie.
Berlin - München 1954

- (14) Eysenck, H.J.: Das Maudsley Personal Inventory.
Ztschr.f.exp.u.angew.Psychol. 6,1959
- (15) Frank, L.H.: Projective Methods.
Springfield, Illinois, 1948
- (16) Frankl, V.E.: Theorie und Therapie der Neurosen.
Wien-Innsbruck 1956
- (17) Freud, S.: Die kulturelle Sexualmoral und die
moderne Nervosität.
Ges.Werke Bd. VII
- (18) Freud, S.: Trauer und Melancholie
- (19) Freud, S.: Vorles.zur Einf.in die Psycho-
analyse.
Ges.Werke, Fischer-Verlag, Bd. XI
- (20) Freud, S.: Ges.Werke, Bd. V, Fischer-Verl.1961
- (21) Freud, S.: Psychoanalyt. Bemerkungen zu
einem autobiographisch beschriebenen
Fall von Paranoia.
Ges.Werke, Fischer-Verlag, Bd. VIII
- (22) Freud, S.: Studien über Hysterie. Frühe
Schriften zur Neuroselehre.
Ges.Werke, Fischer-Verl., Bd. I
- (23) Gruhle, H.: Grundriss der Psychiatrie. 1947
- (24) Guilford, J.P.: Persönlichkeit. Weinheim 1964
- (25) Heiss, R.: Allgemeine Tiefenpsychologie.
Bern-Stuttgart, 1956
- (26) Hirschmann, J.: Archiv. f.Psychiatr. u. Ztschr. f.
Neurol. (89, 192, 1952)
- (27) Hofstätter, P.R.: Psychologie. Fischer-Lexikon 6,1957
- (28) Hoff, H.: Lehrbuch der Psychiatrie.
Wien 1956
- (29) Horney, K.: Der neurotische Mensch unserer
Zeit.
Stuttgart 1952
- (30) Horney, K.: Unsere inneren Konflikte.
Stuttgart 1954

- (31) Jacob, H.: Stumme Symptome und Symptomverschmelzungen bei endogenen Psychosen Ztschr.Fortschr.d.Neurol.u. Psychiatr. u. ihrer Grenzgebiete. 32. Jhrg., Heft 4
- (32) Jacob, H.: Wandlungen, Möglichkeiten und Grenzen der klinisch-psychiatrischen Exploration. In: Randzonen menschl. Verhaltens. Stuttgart 1963
- (33) Kahlbaum, L.: Die Gruppierung der psychischen Krankheiten. Danzig 1863
- (34) Kloos, G.: Grundriss der Psychiatrie und Neurologie. München 1960
- (35) Kraepelin, E.: Die Erscheinungsformen des Irreseins. Zschr.f.Neurol. 62, 1920
- (36) Kretschmer, E.: Medizinische Psychologie. 12. Aufl., Stuttgart 1963
- (37) Kretschmer, E.: Hysterie, Reflex und Instinkt. 3. Aufl. 1944
- (38) Leonhard, K.: Die atypischen Psychosen und Kleists Lehre von den endogenen Psychosen. Psychiatr. d.Gegenw. Bd. II, 1961
- (39) Lopez-Ibor, J.J.: Psychosomatische Forschung. Psychiatr. d.Gegenwart Bd. 1/2, 1963
- (40) Meyer, E.J.: Diagnost. Einteilungen und Diagnosenschemata in der Psychiatrie. Psychiatr.d. Gegenwart Bd. III, 1961
- (41) Mittenecker, E.: Planung u. statistische Auswertung von Experimenten. Wien 1951
- (42) Mittenecker, E. und W. Toman: Der PI-Test. Wien-Köln 1951
- (43) Nunberg, H.: Allgemeine Neurosenlehre. 2. Aufl., 1959

- (44) Pauli, R.: Psychologisches Praktikum.
München 1950
- (45) Schulte, W.: Psychotherapeutische Bemühungen
bei der Melancholie.
Deutsche Med.Wschr. 87, Jahrg. 44,
1962
- (46) Spiegelberg, U.: Neurotische und psychosomatische
Störungssyndrome. Vortrag 3.
wissenschaftl. Haustagung 4.7.62
Univ.-Marburg
- (47) Spiegelberg, U.: Zum Problem der Psychogenie.
In: Randzonen menschlichen Ver-
haltens. Stuttgart 1962
- (48) Spiegelberg, U.: Endogene Depression - psychogene
Symptombildung.
- (49) Spiegelberg, U.: Zum Problem der Aktualneurosen.
- (50) Stengel, E.: Neurosenprobleme vom anglo-
amerikanischen Gesichtspunkt.
Psychiatr.d.Gegenw. Bd. III, 1961
- (51) Tellenbach, H.: Melancholie. Berlin-Göttingen-
Heidelberg 1961
- (52) Wechsler, D.: Die Messung der Intelligenz
Erwachsener.
Stuttgart 1956
- (53) Weitbrecht, H.J.: Zykllothymie.
Fortschr.d.Neurol., Psychiatr. u.
ihrer Grenzgebiete. 17, 1949
- (54) Weitbrecht, H.J.: Depressive und manische endogene
Psychosen.
Psychiatrie der Gegenwart. Bd.II,
Springer 1960
- (55) Weitbrecht, H.J.: Psychiatrie im Grundriss.
Berlin-Göttingen-Heidelberg 1963
- (56) Weitbrecht, H.J.: Offene Probleme bei affektiven
Psychosen. Nervenarzt 24, 1953
- (57) Weitbrecht, H.J.: Zur Typologie depressiver
Psychosen. Fortschr.d.Neurol. u.
Psychiatr. u.ihrer Grenzgebiete.
Heft 4, 1959
- (58) Winkler, T.W.: Die hysterische Fehlhaltung. Handb.
d.Neurosenlehre u.Psychother.
Bd. 2, München-Berlin 1959

Herrn Professor Dr.med. H. Jacob, Direktor der
Universitäts-Nervenlinik Marburg / Lahn, danke
ich für die Bereitstellung der Thematik und die
Erlaubnis, in der Universitäts-Nervenlinik ar-
beiten zu dürfen.

Herrn Professor Dr.med. H. Stutte, Direktor der
Universitätsklinik für Kinderpsychiatrie Mar-
burg / Lahn, sage ich meinen Dank für die Über-
nahme des Correferates.

Mein ganz besonderer Dank gilt Herrn Priv.Do-
z. Dr.med.U. Spiegelberg für die Unterstützung
und Beratung bei der Gestaltung und Entstehung
dieser Arbeit.

Lebenslauf

Am 10. August 1933 wurde ich, Ingrid Gabriele Eisenmann, geb. Müller, als Tochter des Zahnarztes Dr. Richard Müller und seiner Ehefrau Gabriele, geb. Ruchholtz, in Mühlheim a.d. Ruhr geboren.

Ich besuchte in Mühlheim/Ruhr 3 Jahre die Volksschule und 9 Jahre die Oberschule. 1953 absolvierte ich die Reifeprüfung. Ab Herbst 1953 studierte ich Psychologie an den Universitäten München und Marburg. Ich bestand 1956 die Diplom-Vorprüfung, 1959 die Diplom-Hauptprüfung für Psychologen. Anschliessend begann ich das Studium der Medizin und besuchte die Universitäten Marburg, Berlin und Tübingen. 1960 legte ich die naturwissenschaftliche Vorprüfung ab, 1961 die ärztliche Vorprüfung, 1966 das medizinische Staatsexamen.

1964 heiratete ich, 1965 wurde meine Tochter geboren.

Meine akademischen Lehrer in der medizinischen Fakultät waren die Herren Professoren, Dozenten und Oberärzte

In Marburg: Beckmann, Berendes, Bickel, Bock, Braun-Falco, Bücher, Dimroth, Dölle, Eggstein, Förster, Gedigk, Golenhofen, Gross, Hamm, Hartmann, Hensel, Heuser, Hildebrandt, Huber, Jacob, Lang, Linneweh, Mahr, Marx, Niessing, Nieth, Neubauer, Oksche, Petry, du Mesnil de Rochemont, Schleyer, Schmitz, Schölmerich, Schwaiger, Seidel, Siegert, Siess, Spiegelberg, Stein, Straub, Streicher, Stutte, Walcher, Würterle

in Berlin: Franke, Gansau, Handl, Holldack, Kleberger, v.Kress, Lax, Loeschke, Maßhoff

in Tübingen: Irle, Loch, Mau, Schulte, Wundt.

